91496

VINGT-DEUXIÈME ANNÉE N° 1 SAMEDI 6 JANVIER 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle Le Concours Médical

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE des PENSIONS de RETRAITE du Corps médical, ASSOCIATION AMICALE pour L'INDEMNITÉ de MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

Conseil de Direction : Drs GASSOT, de Chevilly; MAURAT, de Chantilly; JEANNE, de Meulan.

Rédacteur en chef : Dr Jeanne, de Meulan.

ABONNEMENTS

France et Étranger.............. 10 fr.

Pour MM. les Etudiants, un an..... 5 fr.

Prix du numéro : 20 centimes.

Le CONCOURS MÉDICAL est une association de Médecins qui s'est fondée en 1879, par l'initiative et sous la direction du Docteur Cézilly, pour l'étude et la défense des intérêts professionnels. Plus de quatre mille adhérents se sont inscrits depuis la fondation. Pour en faire partie, il suffit d'adhérer aux statuts.

Bureaux et Administration : 23, RUE DE DUNKERQUE (Place de la Gare du Nord)

AVIS.

Association amicale.

Le conseil d'administration rappelle aux membres de l'*Association amicale* qu'ils doivent envoyer leur cotisation semestrielle dans le courant du mois de janvier, au trésorier Dr Gassot, à Chevilly (Loiret).

Sou médical.

Les membres de l'*Amicale* qui font en même temps partie du *Sou médical*, sont priés d'envoyer du même coup leur cotisation, pour simplifier le travail qui est toujours excessif en ce moment.

—

L'Administration tient à la disposition des membres du Concours qui font relier leurs collections, les titres et couvertures pour l'année 1899. Il suffit de lui adresser la demande, et on recevra par retour du courrier. Les lecteurs trouveront la table dans le dernier numéro de l'année.

—

DEMANDES-OFFRES

N° 92. — Bon poste à céder à 2 heures 1/2 de Paris sur la voie ferrée. Seul médecin faisant la pharmacie. Rapport 7 à 8.000 francs susceptible d'augmentation. Service à bicyclette. Bail 6 mois, 500 fr. Seule condition : 2.000 fr. comptant.

—

N° 1. — Pressé. Bon poste d'un rapport de 10.000 fr. environ à prendre sans conditions aux environs de Saint-Étienne. Le médecin qui tient le poste depuis plus de 30 ans doit se retirer très prochainement.

N° 2. — A céder, pour cause de départ, une très belle clientèle médicale dans un chef-lieu de canton de l'Ouest, à proximité du chemin de fer. Chiffre d'affaires 15.000 fr. Touchés 14.000 au moins.

N° 3. — Docteur, 33 ans, célibataire, disposant d'un certain capital, désirerait collaborer dans un établissement d'hydrothérapie.

N° 4. — A céder clientèle de 10 à 12.000 francs, dans région agricole à 2 heures de Paris. On fait la pharmacie.

On céderait le matériel de médecine et de pharmacie et on louerait la maison au prix de 500 francs.

CORRESPONDANCE

Dr V., à N. Dr M., à M. Dr P., à SS., etc... — Oui, prêtez la plus grande attention à la circulaire de notre Conseil financier. Le mieux, quand on le peut, est de lui rendre visite et de se décider, alors qu'il en est temps. Nous sommes tenus de ne dire autre chose que ceci : Vous le connaissez depuis 20 ans. Participez, comme nous, si vous avez confiance et dans une mesure assez large, à vos risques et périls bien entendu.

Dr M., à V., 14 décembre. — Des lettres comme la vôtre, malgré sa tristesse, ce sont nos étrennes ; permettez-nous de la reproduire, avec l'espoir que vos appréhensions pénibles ne se réaliseront pas ; nous serions, en tout cas, à votre disposition, pour les atténuer, si possible. Vous dites, en termes excellents, qui nous font regretter que trop de discrétion, peut-être, ne vous ait pas fait notre correspondant fréquent :

Cher Président,

Au moment de renouveler mon abonnement au « Concours », pour la vingt et unième année, je ne puis résister au désir de vous envoyer un bravo chaleureux, un « C'est bien ! » parti du cœur, un « Merci » reconnaissant, en face de votre œuvre, grande autant que généreuse. De toutes vos œuvres bienfaisantes je n'ai pu pourtant profiter ! Je ne suis que l'abonné du Concours. « Je suis venu trop tard, dans un siècle trop vieux » ou plutôt, vous êtes venu trop tard, etc... Voilà que j'ai 69 ans ! quand vous avez créé successivement toutes vos admirables insti-

Vingt-deuxième année. N° 1. 6 JANVIER 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

LES ŒUVRES DU CONCOURS

Lettre ouverte au Directeur du Concours.

Mon cher Directeur,

A cette époque où, chaque année, vous adressez vos vœux aux lecteurs du *Concours*, leur souhaitant santé, bonheur, bien-être et le reste, voulez-vous me permettre de me faire l'interprète de quelques confrères et de vous transmettre les sentiments qu'ils expriment à l'égard du Concours médical et à votre égard.

Ne trouvez-vous pas, en effet, qu'il est bon de faire, à un moment donné, certaines constatations et d'établir une sorte de bilan moral de l'œuvre que nous avons entreprise ?

Je veux être sincère, je ne passerai donc rien sous silence — je ne vous apprendrai d'ailleurs rien que vous ne sachiez déjà.

Voici d'abord les ignorants : ils n'ont jamais entendu parler du *Concours*, ni de ses œuvres ; ce sont eux qui, de temps à autre, découvrent l'utilité qu'aurait une *caisse des pensions*, ou une *assurance contre la maladie* ! Ils reçoivent tant de journaux qu'ils n'en lisent aucun : les petits potins de la gazette locale et la manille quotidienne leur suffisent. — Paix soit à leur indifférence !

D'autres, une fois par hasard, ont lu le *Concours*, en ont entendu vaguement parler, mais, effarés de tant d'audace, ou comprenant mal que l'intérêt personnel ne soit pas le seul mobile de la vie, ils nous considèrent comme d'affreux révolutionnaires, ou bien, hochant la tête d'un air entendu, concluent gravement « *qu'il doit y avoir là-dessous quelque chose !* »

En douteriez-vous ? Lisez cette lettre que je recevais, il n'y a pas longtemps :

Mon cher ami,

Malgré mon désir, je n'ai pu faire encore de recrues : les Confrères sont d'une indifférence, ou d'une méfiance qui n'a pas de nom !

Quand je leur parle *indemnité-maladie*, ils me répondent que, se portant bien, ils n'en voient pas la nécessité immédiate : ils attendent sans doute qu'ils soient malades pour adhérer !

Si je leur parle *Sou médical, Syndicats*, ils me répondent qu'ils cotisent déjà à la Société de secours mutuels, à la fanfare des pompiers, à l'association de tir ou de gymnastique...

Mais il y a plus fort : l'un d'entre eux, que je prêchais à propos de la Caisse des pensions, m'a interrompu pour me dire : « Mais alors il faut payer une cotisation ! » et l'air qu'il avait, montrait clairement que s'il avait terminé sa pensée, il eût ajouté : « Ces gens-là doivent gagner gros ! »

Mettons-nous donc en quatre, pour mener à bien ces œuvres si méritantes, sacrifions notre temps et notre peine — voilà quelle est notre récompense....

Ne vous ai-je pas conté que moi-même, dans une certaine circonstance, je m'étais vu opposer ce fait que j'*étais du Concours*.

— Le Concours !.... Ah !

— Savez-vous ce que c'est ? Le lisez-vous ?

— Non... il doit y avoir *des dessous qui ne sont pas nets* !

Mais en voilà assez du rôle de l'esclave antique, chargé de rappeler le triomphateur aux réalités terrestres, je passe à d'autres.

Ceux-ci lisent le *Concours*, quand il se trouve par hasard dans leur courrier: les pieds sur les chenets devant un bon feu, humant leur bouffarde, en se délassant des fatigues du jour, ils conviennent volontiers qu'il y a de bonnes idées. « Ces gens là ont le diable au corps ! » Mais, cette constatation faite, ils attendent

paisiblement qu'un nouveau numéro vienne les tirer pour cinq minutes de leur habituelle apathie.

Ecrire qu'ils veulent être du Concours ! Ah ! non ! un tel effort est trop grand et on ne saurait réclamer, d'eux, ce qu'en conscience, ils ne peuvent donner.

D'autres nous lisent régulièrement et partagent nos idées : ils sont du *Concours*. Depuis des années, ils doivent tous les jours nous écrire..., et remettent au lendemain. Ils ont à nous remercier, à nous féliciter, à nous soumettre une idée ou une objection -- que sais-je ? — « Diable ! il faudrait pourtant écrire : ce sera certainement pour demain »..., et cela reste toujours pour demain !

Ils conviennent des services que leur a rendus le *Concours*, mais leur reconnaissance reste muette ; ils n'ont ni le temps de se déplacer, ni celui d'écrire !

Enfin, il y a ceux qui savent trouver ce temps et ne craignent pas de sacrifier quelques minutes pour dire, tout haut, ce que tous pensent tout bas :

« Moi, me retirer du Concours ! tourner le dos, après avoir assuré mes vieux jours, à ce groupement de bonnes volontés et de fraternités agissantes ! Jamais.

C'est au Concours que je dois une augmentation considérable d'honoraires, c'est à lui que je dois l'amitié de tous mes confrères voisins, la considération de mes clients, la dignité de ma carrière. Grâce au Dr Cézilly et à ses amis, j'ai vu se redresser notre corporation, et, en venant en aide à notre inexpérience, ils nous ont épargné bien des douleurs et bien des déboires....

Fatigué, à 45 ans, par un labeur sans trêve, j'ai failli mourir l'hiver dernier et, longtemps, suis resté sous la menace d'une rechute. Ce n'a donc pas été une sécurité et une consolation pour moi de savoir que la compagne aimante qui veille à mon chevet n'aurait pas connu, moi disparu, la détresse matérielle ? Et cette suprême consolation à qui la dois-je encore ? Au Docteur Cézilly et au Concours médical. Je les en remercie.

J'ai tenu à demander à mon correspondant l'autorisation de publier sa lettre, voici ce qu'il m'a répondu :

Mais certainement je vous permets de faire usage de ma lettre où et quand il vous plaira. Les sentiments qu'elle exprime paraîtront peut-être un peu naïfs à certains, qui touchent le prix des bienfaits du *Concours* sans vouloir en rechercher ni l'origine, ni l'importance..... Puissé-je donner une impression agréable à notre cher et aimé Directeur en lui jetant le cri d'un cœur reconnaissant pour lui et pour ses collaborateurs. »

De telles lettres, dont on ne peut mettre en doute la sincérité, vous consoleront de quelques déceptions. Certains vous discutent ? — N'est ce donc rien que d'être discuté ?

Quant à nous, nous savons que c'est au Concours que nous devons le mieux-être, dont nous jouissons, l'amélioration de notre situation matérielle et morale, la sécurité du lendemain.

Et c'est parce que nous ne saurions oublier de tels services que, du fond du cœur, nous vous souhaitons à notre tour bonne santé et longue vie.

Nous voyons les adversaires des premiers jours, contraints d'entrer dans la voie que vous avez ouverte ; d'adopter les idées que vous avez si généreusement semées. Puissiez-vous assister à leur triomphe définitif !

A. Gassot.

Cher ami : Merci d'avoir voulu vous charger, cette année, des souhaits que nous formons pour le bonheur des membres de notre société et d'en avoir fait pour moi, en particulier.

Si nous pouvions, n'est-ce pas, publier au journal, sans l'encombrer, la correspondance énorme, que nous avons échangée depuis vingt ans, dans laquelle nous nous disions nos espoirs, nos craintes, nos idées sur tant de sujets, cette publication aurait un vif intérêt.

On verrait bien, en effet, qu'*il y a quelque chose là-dessous* !

Ce qu'il y a ! c'est l'attention, le travail, la méditation des besoins du médecin et des moyens de les satisfaire ; le désir ardent de diminuer la gêne des humbles ; le cri de triomphe lorsque nous y réussissons un peu ; en un mot, du travail, de la bonne foi, de la volonté ; une communion de nos intelligences, pour trouver, puis pour conserver la bonne voie ; notre foi dans l'avenir.

Cette année, cher ami, en faisant appel, la première fois, dans l'intérêt de tous, à la bourse de nos adhérents, pour constituer la *Financière médicale*, nous avons rendu à la profession un service qui se traduira, en fait, par l'accroissement de beaucoup plus d'un million d'honoraires. Nous avons obligé les compagnies à relever leurs tarifs, insuffisants depuis leur origine.

Nous justifions ainsi les insinuations. Nous sommes des *hommes d'affaires*, *les hommes d'affaires des médecins*. Continuons à justifier ces accusations, et on sera bien contraint et forcé de reconnaître que du moins parmi tous ceux qui connaissent les membres du Conseil de Direction du Concours, on leur rend cet hommage que de simples médecins font plus de bien à leurs confrères que nos dirigeants, et qu'ils sont simplement de braves gens intelligents et actifs. Il a fallu vingt ans pour que, ces constatations, nous puissions les faire.

Notre tâche est désormais plus facile. Les adhésions au *Concours* en sont la preuve.

Continuons, la main dans la main ; nous surmonterons les obstacles et nos idées prévaudront dans l'avenir, comme elles ont prévalu dans le passé.

Votre bien dévoué,

A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

Immunité des tanneurs contre la tuberculose.

Le professeur *Schrœtter* a observé que les ouvriers tanneurs étaient toujours à l'abri de la tuberculose. Parmi les 8.000 tuberculeux qu'il a soignés, il n'y avait pas un seul ouvrier de cette industrie. La même observation a été faite à l'Hôpital des frères de la Charité, à Vienne. Dans cette ville le fait est d'autant plus remarquable que la tuberculose pulmonaire constitue la partie principale de la morbidité. — On se rappelle d'ailleurs les travaux qui ont été faits par MM. Raymond, Arthaud, etc., sur les bons effets du tannin, dans le traitement de la tuberculose. (*Revue de la tuberculose.*)

Fibrômes et grossesse.

D'après M. le Dr J. *Olivry*, la grossesse est moins fréquente chez les femmes avec corps fibreux que chez les autres ; quand il y a grossesse, la rareté en est beaucoup plus grande. Les causes de cette stérilité relative résident dans la métrite, les altérations des annexes et des ovaires, l'état congestif et spasmodique de l'utérus, l'agrandissement de la cavité utérine et ses irrégularités, les déplacements de l'utérus, la pelvi-péritonite, le vulvo-vaginisme, etc. Quand la grossesse a lieu, elle est influencée, d'une manière défavorable, par les corps fibreux, qui prédisposent aux grossesses extra-utérines, au placenta prœvia, aux hémorrhagies, à l'hydrorrhée, aux troubles de compression, aux déplacements de l'utérus, aux complications inflammatoires et septiques, métrite, salpingite, ovaro-périmétrite, pelvi-péritonite, phlébite, néphrite, pyélo-néphrite, surtout aux trois grandes complications l'*avortement*, la *rétroversion*, la *rupture*.

Les fibromes influencent encore défavorablement le travail et les suites de couches, en donnant lieu à des présentations anormales, en obturant plus ou moins les voies génitales et en gênant ainsi l'accouchement.

De plus, le travail est beaucoup plus long, les contractions irrégulières, les hémorrhagies plus fréquentes au moment de la délivrance ; l'inversion utérine peut se produire au moment de la délivrance.

Les suites de couches peuvent être compliquées par des hémorrhagies, de la septicémie, de l'infection purulente, des thromboses, des phlébites, des lymphangites, des péritonites.

6° Le pronostic est grave aussi bien pour la mère, que pour l'enfant.

L'enfant, pendant la grossesse, court le risque de succomber par avortement ou accouchement prématuré et pendant le travail, par suite des difficultés de son dégagement.

La femme, elle, est exposée aux hémorrhagies, à la péritonite, à la gangrène du corps fibreux, aux accidents de la torsion de son pédicule, à la phlegmatia, à toutes les complications ci-dessous énoncées et à tous les dangers des opérations nécessitées pour la terminaison de l'accouchement.

7° Le diagnostic est souvent très difficile.

8° Il faut toujours avertir toute femme, ayant un corps fibreux, des dangers auxquels elle s'expose en devenant mère et lui conseiller l'extirpation préventive de sa tumeur.

En présence de grossesse confirmée, tous les efforts devront tendre à la faire parvenir à terme où jusqu'à l'époque de viabilité du fœtus ; si l'on n'y réussit pas, on agira selon les indications du cas particulier.

9° Quant à l'influence de la grossesse, sur les corps fibreux, elle se démontre par leur augmentation de volume, leur ramollissement et les lésions histologiques suivantes : lobulation plus accentuée des corps fibreux ; épaississement des cloisons fibreuses par hyperplasie de leurs éléments, fibres et cellules ; hypertrophie du tissu musculaire, néoformation des vaisseaux à sang rouge et blanc ; les fibres et cellules conjonctives sont exposées à la dégénérescence muqueuse et colloïde, le tissu musculaire à la dégénérescence graisseuse.

Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par l'instabilité thermique

D'après MM. les Drs *Daremberg* et *Chuquet*, de Cannes, au début de la tuberculose, quand les crachats n'existent pas, quand l'état général n'est pas mauvais, quand les signes physiques sont trop vagues pour imposer un diagnostic, l'examen minutieux de la température du malade fournira d'importants éléments de précision.

Quand on est en présence d'un cas douteux de tuberculose pulmonaire, on doit dire au malade de marcher tous les jours entre trois et quatre heures, de prendre sa température rectale immédiatement en rentrant, de la prendre une heure après, lorsqu'il sera reposé, et de répéter cette expérience pendant dix jours de suite. Si chaque jour l'écart entre ces deux températures atteints 4 à 5/10e ; si d'autre part, la température de 4 heures est plus forte les jours où il a marché, que les jours où il s'est reposé, le malade est tuberculeux.

S'il s'agit d'une femme, on verra malgré le repos une élévation de température variant de de 4 à 10/10es survenir un ou deux jours avant les époques menstruelles. Ce nouveau signe thermique sera une confirmation du diagnostic de tuberculose.

Opothérapie thyroïdienne dans le traitement des fractures.

Depuis quelque temps déjà l'action du corps thyroïde sur le développement des os a été bien mise en lumière. Les preuves les plus nettes sont les suivantes :

La croissance et particulièrement l'ossification subissent un arrêt chez les animaux dont on enlève la glande thyroïde, ainsi que le prouvent les expériences de Hoffmeister, Ciselberg, Moussu, Hanau. Une observation de Lancereaux (*Semaine médicale*, 1893) prouve qu'il en est de même chez l'enfant thyroïdectomisé : un jeune garçon auquel on avait fait à 11 ans l'ablation totale du corps thyroïde, conservait quatre ans après l'opération la taille qu'il avait à cette époque.

Dans les cas d'idiotie myxœdémateuse, de crétinisme, la médication thyroïdienne produit, entre autres résultats (démyxœdémisation, réveil de l'intelligence, etc.), un accroissement notable

de la taille. Chez les nains dont le corps thyroïde est toujours atrophié, au moins fonctionnellement, chez les sujets atteints d'arrêt de croissance, d'infantilisme reconnaissant des causes diverses (rachitisme, athrepsie, albuminurie) les recherches de Mossé, Bourneville, Schmidt et surtout d'Hertoghe (d'Anvers) ont montré l'action de l'opothérapie thyroïdienne sur le développement du squelette, à condition que les cartilages d'accroissement ne soient pas encore ossifiés.

D'autre part, dans les maladies du type basedowien on constate des troubles trophiques osseux, attribuables à une activité exagérée des cartilages de conjugaison, consécutive sans doute à l'hyperthyroïdisation. De même, dans la croissance rapide et excessive des jeunes sujets, il semble y avoir sécrétion thyroïdienne exagérée.

L'action de la glande thyroïde sur l'ossification étant incontestable, il était dès lors indiqué de rechercher si la sécrétion thyroïdienne n'a pas une influence sur la réparation des fractures.

On constate tout d'abord que chez les animaux thyroïdectomisés la réparation des fractures expérimentales est considérablement ralentie. Bientôt les essais d'opothérapie thyroïdienne dans le traitement des fractures montrèrent le parti qu'on peut tirer de cette médication. Plusieurs observations particulièrement intéressantes ont été publiées récemment sur ce sujet par L. Déjau. On lit, en effet, dans le *Scalpel* (8 octobre 1899):

Un garçon de 14 ans, atteint d'une fracture du fémur gauche, présentait une pseudarthrose de l'os fracturé : je le vis il y a 4 ans environ.

Je lui fis prendre trois capsules de corps thyroïde par jour et réappliquai un appareil permettant la marche. Après un mois, la fracture était consolidée.

Ce cas n'est peut-être pas typique, parce que le jeune sujet avait été soumis à l'avivement des fragments par simple frottement ; mais j'obtins un autre succès chez une autre jeune fille de 17 ans atteinte d'une fracture de l'humérus gauche.

Cette patiente, après avoir été soumise au massage, ne voyait pas sa fracture consolidée deux mois après l'accident.

Je lui administrai par jour 4 capsules de corps thyroïde et fis continuer simplement le massage. Après un mois et demi de traitement la patiente pouvait se servir du membre blessé.

C'est Gauthier qui, le premier, aurait donné systématiquement le corps thyroïde dans les fractures à consolidation retardée (1897).

M. Quénu rapporta un cas de pseudarthrose guérie par cette médication (*Soc. de chirurgie*, 1898) ; le résultat avait été remarquablement rapide (quelques jours). Reclus, Follet (de Silu) ont à leur tour obtenu des consolidations extra-rapides.

L'auteur en ayant fait l'essai dans un cas de *fracture récente* du tibia, a vu le malade marcher sur une jambe solide le 17e jour. »

Voici donc une nouvelle indication, et l'une des plus nettement établies, de l'opothérapie thyroïdienne.

De tous les modes d'administration du médicament, l'ingestion de capsules Vigier, qui représentent la glande thyroïde du mouton, convenablement choisie et conservée dans un état de pureté absolue compte certainement parmi les meilleurs.

Les exemples que nous avons cités sont assez concluants pour encourager les cliniciens à administrer le corps thyroïde dans les cas de fractures non consolidées, de pseudarthroses et même dans les fractures récentes.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital de la Charité : M. le Professeur Tillaux.

Ostéo-myélite chronique du grand trochanter.

Nous allons examiner, aujourd'hui, une malade de notre service venue nous revoir pour une affection fort ancienne de la région de la hanche. Tout d'abord, vous êtes évidemment frappés par l'empâtement et les multiples orifices fistuleux qui couvrent cette partie du corps et vous pensez : voilà une vieille coxalgie guérie avec fistules.

Malgré les apparences, il n'en est rien, et c'est précisément pour éviter cette erreur et établir en un mot le diagnostic entre cette affection et la coxalgie, que j'ai prié la malade de se présenter ici.

Voici d'ailleurs l'histoire rétrospective de cette femme.

Il y a 23 ans, elle entra dans mon service à l'hôpital Beaujon, pour une série d'abcès développés à la hanche droite, sans phénomènes aigus et sans douleur. A ce moment, j'ouvris les abcès et la malade continua ses occupations journalières, sans en être autrement incommodée.

Cependant, dix ans plus tard, les abcès se reproduisirent et elle revint me voir. Elle fut hospitalisée à l'Hôtel-Dieu où je l'opérai sous le chloroforme. Cela me fait dire qu'alors, l'intervention chirurgicale fut plus importante qu'à Beaujon et alla probablement jusqu'à l'os. Après un séjour de trois mois, l'intéressée partit guérie, assure-t-elle.

Une troisième fois, des accidents analogues l'obligèrent à se présenter à la Pitié, toujours dans mon service, car, vous le voyez, elle a bien voulu me continuer sa confiance. Alors, nouvelle anesthésie, nouvelle incision, nouveau grattage de l'os et guérison après six semaines de traitement.

Enfin aujourd'hui, pour la quatrième fois, je retrouve cette femme à la Charité, où elle vient encore avec les mêmes abcès de la hanche, dont elle a souffert, en somme, depuis 23 ans.

Maintenant, si après ce court historique nous examinons la région atteinte, nous remarquons immédiatement la présence d'orifices fistuleux multiples dont tout à l'heure je parlerai plus en détail.

L'attention se porte aussi naturellement sur les membres inférieurs, qui ne semblent pas très différents l'un de l'autre, quoique cependant la jambe du côté droit paraisse légèrement allongée. Il importe beaucoup, avant d'aller plus loin, de savoir si cet allongement apparent est réel et pour cela il faut pratiquer une mensuration comparative des deux membres inférieurs droit et gauche.

Comment cette mensuration doit-elle être faite ? Je cherche par le palper la saillie de l'épine iliaque en haut, puis je descends le doigt dans l'échancrure située immédiatement au-dessous. Si je prenais, en effet, appui sur l'épine elle-même, le ruban mensurateur se trouverait très mal fixé et risquerait fort de glisser sous l'influence de la traction faite à son extrémité inférieure. Lorsque, au contraire, le pouce est placé dans la dépression sous-épineuse et bute en haut contre celle-ci, la prise est immuable et la mensuration exacte.

Or, chez notre malade les longueurs des deux côtés sont exactement égales ; par conséquent, l'allongement du membre inférieur droit n'est qu'apparent et est dû à l'inclinaison du bassin à droite. Cette inclinaison est elle-même le résultat d'une habitude prise par la malade.

D'autre part, les mouvements de l'articulation de la hanche sont conservés. Il y a cependant un léger retentissement sur le mouvement de flexion. Demandons à la malade de se placer dans le décubitus dorsal, de plier ensuite son genou (la jambe et la cuisse formant un triangle avec le lit) et de rapprocher alors sa figure de son genou, autrement dit d'embrasser son genou, mouvement obtenu par l'intermédiaire de la hanche. La malade réussit parfaitement ce mouvement du côté sain, mais elle n'y parvient pas complètement du côté atteint. Toutefois, ce défaut fonctionnel est léger et il trouve aisément son explication par la présence de l'empâtement de la région articulaire.

En résumé, les mouvements de la hanche sont presque entièrement conservés d'une part, et de l'autre, le membre inférieur correspondant ne présente ni déviation, ni altération dans sa longueur.

S'il s'agissait d'une coxalgie qu'aurions-nous ? Un membre dévié, inégal et une articulation absolument ankylosée.

On peut donc rejeter complètement l'hypothèse de la coxalgie et assurer, de plus, que l'articulation n'est pas elle-même le point de départ de ces désordres.

Examinons ensuite de près et avec plus d'attention ces fistules. J'en trouve au niveau du grand trochanter, au niveau de l'os ischiatique et au-dessous, sur le trajet du grand nerf sciatique. Il existe, en tout, neuf cicatrices disséminées çà et là sur cette surface ; les unes, au nombre de cinq, sont fermées et tout à fait éteintes, les quatre autres, au contraire, sont ouvertes et encore en activité.

Prenons alors un stylet pour explorer ces trajets fistuleux. Après un parcours de quelques centimètres, la tête du stylet ne tarde pas à buter et à être arrêtée. Parfois l'instrument tombe dans un embranchement, ce qui lui permet d'aller plus loin, en changeant de direction.

J'arrive ainsi à la constatation suivante : les trajets fistuleux sont étroits et ils présentent des embranchemenis multiples, chaque orifice cutané étant l'aboutissant de plusieurs canaux.

Laissant en place, à la fois, plusieurs stylets, nous voyons que leurs directions respectives prolongées convergent et aboutissent toutes au grand trochanter. Celui-ci est le centre, le foyer d'où partent tous ces tunnels qui aboutissent à la peau, plus ou moins directement. C'est un véritable terrier de lapins.

Les lésions anatomiques servent donc de guide et nous amènent au trochanter. A l'état normal cet os est facile à circonscrire. Ici, il a disparu au milieu d'une masse empâtée diffuse et ses contours sont impossibles à délimiter.

Tels sont les signes physiques. Passons maintenant en revue les symptômes fonctionnels.

D'abord la douleur. Presque nulle, elle ne se montre guère qu'aux points où il y a des abcès non ouverts, et l'incision de ces abcès la fait disparaître.

Puis la marche qui est remarquablement conservée, malgré le mauvais état apparent de la hanche. En réalité, la malade boite légèrement à cause de l'inclinaison du bassin, mais sa claudication disparaît complètement lorsqu'elle porte une chaussure spéciale dont la semelle épaisse corrige l'abaissement du talon droit. Avec cette chaussure, la marche devient facile et excellente.

L'état général de la malade est bon. Son embonpoint et sa santé se sont maintenus dans de très avantageuses conditions.

Les symptômes et les signes fonctionnels sont donc fort légers et ils contrastent singulièrement avec l'aspect délabré de la région atteinte.

Quelle est donc l'affection qui peut ainsi associer des symptômes fonctionnels aussi insignifiants, avec des lésions locales aussi étendues.

Nous avons déjà montré qu'il ne s'agissait pas de coxalgie. J'ajoute que ce n'est pas une lésion bacillaire, ni un cancer, la marche de l'affection et l'état général s'opposent absolument à ces diagnostics : de telles hypothèses sont cliniquement inacceptables.

Cependant l'organe malade est l'os.

Le stylet, il est vrai, ne nous a pas permis d'arriver au contact du tissu osseux. Après un trajet de quelques centimètres l'instrument s'est arrêté, mais je pense que ce résultat n'a rien d'étonnant. Lorsqu'il existe des trajets fistuleux multiples, en effet, il est exceptionnel avec le stylet d'arriver sur l'os, si celui-ci est un peu profond. Les brides, les embranchements arrêtent habituellement l'instrument.

L'os est malade, parce que nous ne connaissons pas d'affection ayant cette marche, qui n'ait pas un point de départ osseux.

Maintenant, j'ajoute que la partie primitivement atteinte est le grand trochanter, car sa région est empâtée et tous les canaux fistuleux y aboutissent, y conduisent, en un mot le dénoncent à l'attention.

En procédant de la même manière, par élimination, on arrive au diagnostic de la cause de cette lésion osseuse.

Que peut bien être une affection de ce genre qui n'est ni cancéreuse, ni tuberculeuse ?

Il n'y a qu'une réponse, c'est de l'ostéo-myélite chronique.

Autrefois, on disait carie osseuse, mais en fait la carie correspond à la tuberculose. On disait également, c'est de la nécrose : or, cette dernière est presque toujours de l'ostéo-myélite.

Voilà une malade qui a commencé son affection osseuse à l'âge de 17 ans, c'est-à-dire au moment où le grand trochanter — qui possède un point spécial d'ossification — se soude, circonstance éminemment favorable au développement de l'ostéo-myélite, c'est-à-dire à l'inflammation épiphysaire.

Cette ostéo-myélite passe habituellement par une première phase, dans laquelle se montrent des phénomènes aigus, à forme typhique, suivis de nécrose diffuse, par exemple, nécrose de tout un tibia, en un mois de temps.

Vous connaissez bien cette ostéo-myélite aiguë des adolescents qui simule la fièvre typhoïde.

On a décrit également une *ostéo-myélite chronique d'emblée*, sans période d'acuité et c'est dans ce groupe que doit se ranger le cas dont nous venons de faire l'histoire. La malade, en effet, eut des abcès une première fois, il y a 23 ans, sans douleurs à proprement parler, en tout cas sans fièvre, car elle n'a pas gardé le lit. Puis les phénomènes morbides se sont ainsi prolongés de longues années, sans amener, on le voit, de trop grands désordres fonctionnels.

En pareil cas, y a-t-il une cause directe qui entretient ces fistules et ces abcès ?

Oui, bien probablement un séquestre osseux invaginé dans le grand trochanter. Pour ceux qui ont vu un assez grand nombre de ces séquestres, l'hypothèse que j'émets devient une presque certitude.

Nous pouvons comparer l'ostéo-myélite chronique du grand trochanter, avec celle du calcanéum, cette dernière variété étant relativement fréquente. Or, très souvent on trouve, au centre de ces calcanéums malades, un petit séquestre avec des granulations autour et en plus une petite fistule. Les malades tolèrent bien longtemps ces séquestres calcanéens, sans en être autrement incommodés, même pour la marche.

J'ai opéré, en 1871, un jeune homme qui avait fait la campagne comme mobile avec une telle lésion. Vous voyez combien celle-ci est indolente. Je pourrais rappeler d'autres cas analogues.

Cette catégorie de séquestres est donc beaucoup plus inoffensive que les séquestres tuberculeux. Ils sont protégés par une coque osseuse environnante très épaisse.

La connaissance de ces séquestres conduit à une thérapeutique.

Pour débarrasser complètement notre malade de ses fistules et de ses abcès (elle n'a que 40 ans, cela en vaut la peine) il nous faudra aller à la recherche du séquestre et en faire l'extraction.

(Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix,)

MÉDECINE PRATIQUE

La diarrhée chez les tuberculeux et son traitement.

La diarrhée, comme toutes les complications qui entravent la suralimentation, constitue toujours chez les tuberculeux un accident des plus graves. Cette diarrhée peut, chez eux, dépendre de causes multiples.

Elle peut dépendre de la suralimentation elle-même. Cette diarrhée par indigestion est particulièrement fréquente chez les tuberculeux arthritiques. Elle peut dépendre de certains traitements médicamenteux mal tolérés. Elle peut, enfin, et cette troisième forme est la plus grave, être liée à des ulcérations intestinales. A la période cachectique de la phtisie, certaines diarrhées, enfin, ne sont qu'un accident ultime. Ces diarrhées, à peu près incoercibles, et presque fatalement mortelles, n'offrent pas l'intérêt thérapeutique des précédentes. La seule indication bien nette est de calmer par des injections de morphine, des lavements laudanisés, les coliques souvent très vives qui les accompagnent. La suralimentation peut devenir une cause de diarrhée ; presque toujours, et surtout chez les arthritiques, cet inconvénient tient à une suralimentation trop ricde en matières grasses. Qu'il y ait défaut de saponification des graisses ou défaut d'absorption, on peut même observer en ce cas une véritable stéarrhée. Tantôt la graisse non digérée forme de petites boules blanchâtres, tantôt une sorte d'enduit gras. L'huile de foie de morue, les conserves à l'huile, doivent être supprimées du régime de ces malades. Le beurre lui-même ne doit être donné qu'en quantité minime. Le bouillon semble souvent nuisible, d'une part, en raison de la graisse, d'autre part, en raison du sel qu'il contient. De tous les aliments riches en graisse, les jaunes d'œufs sont certainement, chez ces tuberculeux diarrhéiques, les moins mal tolérés. Les huîtres, enfin, qui constituent d'ordinaire une des grandes ressources de l'alimentation, paraissent dans cette forme assez souvent nuisibles, cet effet nocif semblant tenir en partie à l'eau salée qu'elles renferment.

La suralimentation sera donc, en pareil cas, assurée surtout par la viande de mouton crue, par les poudres de viande de préparation récente et par les poudres de légumes. La tolérance pour le lait est extrêmement variable, suivant les individus. Tantôt il constitue un des meilleurs remèdes. Tantôt il est absolument intoléré. L'adjonction de blancs d'œufs battus, l'addition d'une eau minérale alcaline ou d'eau de chaux, peuvent parfois amener la tolérance.

En cas d'intolérance absolue pour le lait, il est fréquent de voir le képhir et surtout le képhir fort très bien supportés et diminuant rapidement le flux diarrhéique. Cette action du képhir paraît due à l'acide lactique qu'il contient.

Chez les tuberculeux diarrhéiques, un long repos après le repas est presque toujours un bon moyen de diminuer la diarrhée. L'usage des boissons chaudes : thé, vin chaud, lait chaud aux repas peut également réussir. On s'assurera que la diarrhée ne tient pas, fait assez fréquent surtout chez les jeunes femmes, à la déglutition des crachats. De même que certains aliments, certains médicaments semblent surtout nuisibles chez les tuberculeux diarrhéiques. Comme chez les dyspeptiques, la règle générale est de réduire chez eux les médicaments donnés par la bouche au minimum. L'intolérance pour l'huile de foie de morue, le chlorure de sodium, a déjà été signalée plus haut. On se défiera, en outre, et plus spécialement, de l'arsenic, des sulfureux, enfin, de l'atropine.

Par contre, quelques médicaments peuvent être à la fois utiles contre la diarrhée et contre la tuberculose. Tel est, par exemple, le phosphate de chaux donné à dose de 8 à 10 grammes par jour. Tel est aussi le tannin. Un des meilleurs modes d'administration est le mélange d'Artaud, donné à la dose d'un verre à Bordeaux un peu avant la fin des trois principaux repas :

Tannin à l'alcool..........	20 grammes.
Glycérine.................	150 —
Alcool....................	50 —
Vin de Banyuls...........	800 —

L'extrait de feuilles de noyer, dont Luton a obtenu de bons résultats, agit sans doute par le tannin qu'il renferme. Luton le donnait à dose de 1 à 5 grammes par jour dans une potion gommeuse. La glycérine, enfin, a une utilité d'autant plus grande, qu'elle supplée, en partie, l'huile de foie de morue comme aliment d'épargne. Elle est bien tolérée, même en cas de fièvre. Son action sur la diarrhée, signalée plus particulièrement par Bouchut, est souvent des plus remarquables. Elle conserve une certaine action, même dans les diarrhées ultimes de la période cachectique. On formulera :

Glycérine neutre............	50 grammes.
Rhum......................	20 —

A prendre chaque jour en trois fois dans du lait chaud.

La créosote donnée par la bouche est souvent mal tolérée. Les lavements créosotés, au contraire, arrêtent souvent la diarrhée. La meilleure formule est celle de Revillet :

Eau............................	200 grammes.
Créosote pure de goudron de hêtre	2 à 3 gr.
Huiles amandes douces..........	25 grammes.
Jaune d'œuf....................	n° 1

Il est essentiel d'obtenir une émulsion très fine. On y parviendrait, au besoin, par l'addition d'un peu de gomme adragante. Le meilleur moment pour donner ce lavement, de façon à ce qu'il soit conservé, est le soir, au lit.

*
* *

Dans la diarrhée liée à l'entérite tuberculeuse, on essaiera tout d'abord les mêmes moyens. Mais cette forme est beaucoup plus rebelle. La présence de sang, même en petite quantité, dans les garde-robes, est donc, au point de vue du pronostic, toujours un élément des plus sérieux. Grancher et Hutinel ont obtenu de bons effets du salicylate de bismuth à dose de 4 à 8 grammes par jour. Les pilules de nitrate d'argent étaient souvent préconisées par Trousseau. Pour assurer la tolérance stomacale et augmenter leur efficacité, il est bon de les associer à l'opium.

Extrait gommeux d'opium...	0,40 centigr.
Nitrate d'argent............	0,20 —
Mucilage de gomme........	Q. s.

Pour 20 pilules ; quatre à huit par jour, au moment des repas.

L'acétate de plomb, enfin, jouit d'une grande réputation en Angleterre. Il agirait même à la période terminale ; son action s'exerce non seulement contre la diarrhée, mais aussi contre les sueurs profuses souvent associées à la diarrhée cachectique. Comme pour le nitrate d'argent, il est utile de l'associer à l'opium.

Acétate de plomb cristallisé.	0,20 centigr.
Extrait d'opium............	0,40 —
Extrait de ratanhia.........	1 gramme.

Diviser en 20 pilules ; une à trois par jour.

L'opium peut, d'ailleurs, dans cette forme grave, être employé plus largement que dans les formes précédentes. La crainte de provoquer l'anorexie, qui constitue sa principale contre-indication, devient ici secondaire. Le diascordum à dose de 4 à 8 gr. par jour, les gouttes noires anglaises à dose de deux gouttes après chacun des deux principaux repas, seront plus généralement conseillés.

A.-F. Plicque.

(*Presse médicale.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Encombrement médical. Moyen pratique d'y remédier.

Par le Dr G. Duchesne, de Ferrières (Loiret).

Le *Concours médical,* toujours dévoué aux véritables intérêts de la corporation, met de nouveau à l'étude la question de l'*Encombrement*, et des moyens d'y remédier. Ayant publié dans l'*Année médicale* (15 novembre 1898) un travail sur le *Péril médical*, qui a été reproduit *in extenso* dans le *Concours*, je me crois obligé d'apporter ma modeste pierre à l'édifice et de parachever mon précédent mémoire, en mettant au point les idées que j'y exposais sommairement, mûries par la réflexion.

Je m'étais surtout attaché à démontrer, l'année dernière, que la vraie cause du malaise dont nous souffrons et dont nous mourrons, si l'on n'y met bon ordre, réside dans la surabondance de médecins exerçant en France et j'indiquais que le meilleur moyen d'améliorer notre sort devait viser à diminuer notre nombre, beaucoup trop élevé pour les besoins des populations : «...
« Le jour où chacun de nous, écrivais-je alors,
« trouvera dans l'exercice de sa profession, sans
« nuire à son voisin, l'aisance, l'*aurea mediocri-*
« *tas* qui doit être notre idéal, car la richesse est
« le privilège d'un très petit nombre de favorisés,
« ce jour-là, dis-je, les rivalités et les inimitiés,
« conséquence du *struggle for life*, s'éteindront
« et l'entente pourra se faire...... »

Sur ce point, je pense qu'il n'y a pas de discussion et que nous sommes tous d'accord. La difficulté surgit quand il s'agit de trouver un remède efficace, une digue à opposer à la surproduction, cause de tout le mal.

Pour peu que les pouvoirs publics consentent à prêter une oreille favorable à nos doléances, j'estime qu'il n'est pas impossible d'arriver à une solution pratique. Il faut d'abord étudier si le principe de la limitation est acceptable. N'y a-t-il pas lieu de craindre, en effet, qu'une majorité se dresse en face de nous, au nom des grands principes de liberté, et prétende qu'on ne peut mettre en œuvre pareille mesure ? Il me semble d'abord, d'une façon générale, que notre époque de socialisme à outrance doit placer au premier rang de nos revendications le droit à la vie, c'est-à-dire, le droit à tout ce qui est honnêtement de nature à l'assurer, et qu'il ne suffit pas que l'Etat nous concède un diplôme péniblement et chèrement gagné, pour que son rôle soit terminé envers nous, et que notre sort soit assuré. Nous entrons dans la carrière dans des conditions défavorables, rarement réunies ailleurs, et les difficultés sont d'autant plus grandes que les compétitions sont plus nombreuses. Le commerçant qui achète une maison de commerce, le notaire qui prend une étude, l'agent d'assu-

rance qui paie un portefeuille, trouvent de suite une clientèle toute faite et n'ont qu'à faire preuve de savoir, d'honnêteté, de zèle et d'activité pour réussir la plupart du temps. Le jeune médecin, au contraire, livré seul à lui-même, doit lutter, avec acharnement, pour se faire agréer peu à peu et lentement par le public. Quelqu'instruit qu'il soit, il est à la merci de ces séries malheureuses, de ces accidents fortuits qui se rencontrent en dehors de toutes les prévisions et qui peuvent le déconsidérer à tout jamais. Je sais bien qu'on m'objectera qu'il peut, lui aussi, acheter une clientèle. Mais, dans l'état actuel, que d'aléas à craindre : la confiance, qui est personnelle et qui ne se transmet pas, la venue d'un concurrent qui spécule sur le changement des personnes et verra sûrement une partie des malades qui devraient logiquement revenir à son voisin, etc... Il y a donc quelque chose à faire en faveur du médecin auquel on concède ce titre sans lui assurer les moyens d'en tirer parti fructueusement.

Qu'y aurait-il d'excessif et d'attentatoire à la liberté individuelle, dans la restriction du nombre de médecins, alors surtout qu'on limite le nombre des ingénieurs, des officiers, des notaires, des avoués, etc. Nous admettons donc, en théorie, qu'il est juste de diminuer le nombre des médecins. Par quels moyens y parviendra-t-on ? Il y en a un qu'il est facile de mettre en pratique et qui n'aurait d'ailleurs pas le mérite de la nouveauté : il consiste à étendre aux études médicales une condition exigée par les réglements en vigueur pour d'autres carrières : j'entends la *limite d'âge aux examens.*

Mais il faut préciser et ne pas tomber dans un excès qui deviendrait préjudiciable à un trop grand nombre d'individus. Il va sans dire que l'étudiant qui aurait subi avec succès plusieurs épreuves ne pourrait être raisonnablement privé du droit d'achever ses études parce qu'il échouerait une ou plusieurs fois aux épreuves suivantes. On ne pourrait lui enlever le bénéfice de son travail ou de ses succès passés. C'est donc seulement au début des études, qu'il faut appliquer la mesure que je préconise. Cette digression m'a paru nécessaire pour répondre à une proposition, en vertu de laquelle un candidat n'aurait le droit de se présenter qu'un nombre déterminé de fois au même examen.

Sous ces réserves donc, le premier examen de Doctorat sera définitivement éliminatoire à un âge fixé. L'épreuve de physique, chimie et histoire naturelle, qui termine la première année passée dans une Faculté des sciences, ne concerne que des matières accessoires à la médecine proprement dite, qui peuvent trouver leur utilisation ailleurs. Je propose donc qu'il soit décidé que « *tout aspirant au Doctorat en médecine, qui n'aura pas subi avec succès le premier examen (P. C. N.) avant l'âge de 21 ans, sera privé à tout jamais du droit de continuer ses études.* » Un jeune homme qui, à cet âge, se trouvera empêché de poursuivre dans cette voie, pourra facilement se retourner d'un autre côté et se faire une tout autre situation. Que de Français terminent leur service militaire à 23 et 24 ans, sans avoir embrassé aucune carrière et réussissent quand même à se créer une position honorable.

A ceux qui, par fantaisie, par goût ou par tout autre motif, voudraient obtenir le titre de Docteur en médecine, à une époque quelconque de leur vie, j'accorderais le droit de prendre des inscriptions, de suivre des cours, etc., mais seulement en vue d'un Diplôme en quelque sorte honoraire, qui ne leur conférerait pas le droit d'exercer en France.

Puisqu'on ne trouve pas mauvais que l'internat, le clinicat, etc., ne soient accessibles que jusqu'à un certain âge, on voudra bien considérer comme légitime l'extension de cette condition au Doctorat.

Ceci admis, il y aura lieu de modifier la nature des épreuves de ce premier examen, en ajoutant, à l'interrogatoire oral, une composition écrite exécutée en même temps par tous les candidats, sur le même sujet et des exercices pratiques, reconnaissances de plantes, substances chimiques, manipulations, expériences de physique, etc. Les chances seront, ainsi, plus égalisées et les jeunes gens ne seront pas à la merci d'une seule et unique question, suffisante parfois pour les faire échouer.

Voilà tout d'abord un premier remède, d'une application facile, dirigé contre l'encombrement de la profession médicale. Pourrait-on faire mieux ? Ne serait-il pas possible de faire une enquête approfondie et minutieuse sur les ressources des différentes localités et de proportionner le nombre des médecins, ayant le droit d'exercer dans chacune d'elles, aux ressources qu'elle offre ? Dans ces conditions, les clientèles deviendraient forcément transmissibles à titre onéreux, auraient une valeur intrinsèque, beaucoup plus grande qu'aujourd'hui et présenteraient des garanties notablement plus grandes.

Pour descendre au maximum de praticiens fixé par la loi, on procéderait par voie d'extinction au décès ou à la retraite de ceux qui représenteraient l'excès. Que d'objections ne fera-t-on pas à ce projet ? Tel chiffre d'affaires, très élevé dans un pays où la vie matérielle est à bon compte, deviendrait insuffisant ailleurs. Telle clientèle qui fait vivre largement un détenteur de goûts simples et sans charges ne défraierait pas un père de famille chargé d'enfants. Et, cependant, les notaires, les avoués, les huissiers ne sont-ils pas justiciables des mêmes considérations ? Il est vrai de dire que ces officiers ministériels font partie de l'appareil judiciaire, dépendent du parquet, prêtent serment devant le Tribunal. D'autre part, leur exercice est limité à un certain ressort, en dehors duquel ils ne peuvent instrumenter. Les médecins devraient-ils être soumis aux mêmes réglements ? Je ne le pense pas, et notre vieille indépendance, qui bouillonne déjà, en présence du caractère administratif que nous font revêtir l'Assistance médicale gratuite, l'Inspection des Enfants, etc., risquerait de se révolter tout à fait..... Tel que je viens de l'esquisser, ce système me paraît impossible à employer en France. Je n'ai fait que l'exposer pour répondre à une tendance qui se manifeste à l'étranger pour une profession qui a avec la nôtre des rapports intimes : la Pharmacie.

Toutefois, et dans cet ordre d'idées, la difficulté peut être tournée assez adroitement, avec un résultat identique. Il suffira simplement de « *transformer le premier examen en Concour d'admission aux Facultés et Ecoles de médecine* ». Chaque année, on tiendra un compte exact des

médecins ayant cessé d'exercer par décès, retraite, etc., et l'autorité compétente, se basant sur ces données, arrêtera le nombre fixe de jeunes gens âgés de moins de 21 ans, qui, par la voie de ce concours, seront admis à étudier la médecine. N'est-ce pas ainsi que les choses se passent pour l'entrée à l'Ecole normale, à l'Ecole Polytechnique, à l'Ecole Saint-Cyr, etc.

Enfin, j'ai dit ailleurs, et je crois inutile d'y insister, que la suppression du volontariat entraîne l'entrée en masse dans les carrières dites libérales, d'une quantité de sujets qui ne voient que ce moyen d'esquiver deux années de service militaire. Je crois donc que le rétablissement du système de l'Engagement conditionnel d'un an, diminuerait le nombre des Etudiants en médecine. Si cette proposition ne peut être agréée, qu'on en vienne alors au service de deux ans pour tout le monde, à la condition, toutefois, que le médecin accomplira au moins une de ces deux années en qualité de médecin militaire. Son instruction spéciale, à ce point de vue, sera suffisamment perfectionnée pour qu'en temps de guerre il puisse rendre de réels services et on pourra peut-être le dispenser ensuite de quelques-unes de ces périodes de 28 jours ou de 13 jours pendant lesquelles il n'apprend pas grand'chose, mais, en revanche, subit un dérangement énorme et un préjudice considérable.

Conclusions.

L'augmentation sans cesse croissante du nombre de médecins exerçant en France, rend nécessaire la mise en vigueur de mesures propres à arrêter cette augmentation et à réduire même ce nombre.

Ces mesures doivent consister, sous réserve des modifications à apporter au régime militaire actuel, à limiter le nombre des jeunes gens admis, chaque année, à prendre leurs inscriptions dans les Ecoles et Facultés de médecine.

Je les traduis simplement par les deux projets de règlement suivants :

1er Projet.

Art. 1.

Nul ne peut être admis à prendre ses inscriptions dans une Faculté ou dans une Ecole de médecine s'il n'a subi un examen portant sur la Physique, la Chimie et l'Histoire naturelle, après une année scolaire passée dans une Faculté de Sciences.

Art. II.

Un réglement spécial déterminera exactement l'époque, le lieu et le jury de cet examen, ainsi que la série et la nature des épreuves qui comprendront :

1° Une composition écrite ;

2° Des exercices pratiques, manipulations, reconnaissance des plantes, etc. ;

3° Des interrogatoires oraux.

Art. III.

Pour subir cet examen, les candidats doivent être Français ou naturalisés, âgés d'au moins 18 ans et d'au plus 21 ans. Toutefois la faculté de prendre part à cet examen sera accordée aux candidats, pour la session qui suivra immédiatement l'accomplissement de la 21e année.

Art. IV.

Sont dispensés de la limite d'âge les Français ou étrangers qui n'aspirent qu'au titre de Diplôme Honoraire de Docteur en médecine, ne donnant pas le droit d'exercer sur le territoire.

2e Projet.

Art. 1.

Le 31 décembre de chaque année, le Ministre de l'Instruction Publique fait faire le relevé des médecins ayant cessé d'exercer pendant l'année écoulée et arrête le nombre de jeunes gens qui seront admis à prendre leurs inscriptions pour le Doctorat en médecine dans les Facultés et Ecoles de médecine du territoire.

Art. II.

Cette admission sera prononcée à la suite d'un concours subi devant une Faculté de Sciences, dont les épreuves porteront sur la Physique, la Chimie et l'Histoire naturelle....

Le reste comme dans les art. II, III et IV du premier projet en substituant le mot « *Concours* » au mot « *Examen* ».

Le 26 octobre 1899.

VARIÉTÉS

Une analyse trop complète

Mon ami Sulpice fut un bon vivant. Pendant tout le cours de ses longues et interminables études, il a fait la joie du vieux quartier latin. Le bal Bullier, le café Vachette, tous les lieux de plaisir et de distraction, furent les témoins de ses exploits, de ses réparties pétillantes, de sa verve pleine de sel et frappée au coin du bon goût.

Les ardeurs de cette jeunesse exubérante, que nous croyons tous éternelle, commençaient à se calmer fortement, le crâne, à se dégarnir et les tempes à grisonner, lorsque Sulpice eut enfin le bon esprit de vouloir disparaître.

Un de ses amis, et ils étaient innombrables, lui fournit une thèse qu'il étudia vaguement, les jours où la pituite inévitable l'empêchait de sortir. Ses juges surent ne pas user, à son égard, d'une sévérité de mauvais aloi. Il eut quelques défaillances de mémoire qui lui valurent, tout simplement, de paternelles et amicales admonestations. Sulpice fêta consciencieusement ce dernier succès, boucla ses malles et quitta Paris, ce Paris qu'on aime tant et qu'on n'oublie jamais. Ce fut un chagrin pour lui ; ses amis l'accompagnèrent jusque dans son compartiment où ils le laissèrent prostré, accablé, morne et silencieux.

Quelques minutes avant de descendre du train Sulpice parut sortir de sa torpeur. Il monta allègrement dans une vieille patache qui servait de diligence et reliait au chemin de fer Vico-en-Gatinais, petit pays où il allait s'établir. Dès le lendemain, il fit les ennuyeuses et inévitables visites officielles dans la tenue la plus correcte, la plus irréprochable. Rien en elle ne pouvait laisser soupçonner ce que Sulpice avait été pendant de longues années. Un œil scrutateur aurait seul pu discerner et la fatigue, et l'usure et les ravages dus à une jeunesse folle, à dix ans de noctambulisme effréné.

La clientèle vint assez aisément. Les indigènes de Vico en Gatinais, durs au travail, peu difficiles par nature, eurent le bon goût de voir en Sulpice un homme supérieur. Ils lui surent gré de son exactitude, de sa bonhomie, de sa simplicité. Sulpice, laissant toute morgue de côté, eut l'abord facile et gagna l'amitié de tout le monde. Il se fit une règle absolue de ne pas boire règle à laquelle il resta fidèle, lui qui avait étonné ses amis, pendant tant d'années, par son intempérance quotidienne.

L'influenza, si favorable aux médecins faméliques, lui valut, avec une réputation déjà inattaquable, la clientèle d'une assez jeune et jolie veuve, estimée dans toute la région et, depuis cinq ans, rebelle à tout projet de mariage. Sa fortune, des plus enviables et des mieux établies, avait servi de point de mire à pas mal de prétendants. Ils sont si nombreux ceux qui préfèrent à l'intégrité d'une membrane hymen, un lit bien fait, une femme expérimentée et capitonnée de papiers ayant cours légal.

Sulpice, rempli de bon sens, sachant, à des signes non équivoques, que pour lui les années comptaient double, dédaigna, lui aussi, les jeunes filles qui sortent de pension. Il ne se sentit aucune disposition pour être l'éducateur et l'initiateur de ces êtres capricieux, frêles et fragiles ; et puis, il redoutait l'avenir. Il savait les exigences inéluctables, murmurées ou violemment imposées, et aussi, les défaillances invincibles si amères et, parfois, si douloureuses du moins pour le prestige et l'amour-propre.

Tout d'abord, Sulpice fut alléché par cette fortune qui avait tenté tant de candidats au mariage. Il savait trop bien que la médecine à la campagne, fait du médecin, peu aisé, le paria de tout le monde. Ses trop longues études avaient absorbé son patrimoine et même passablement grevé l'avenir. Il lui arrivait, plus d'une fois, de courir à la ville voisine afin d'empêcher une traite inquiétante d'arriver à domicile. Ce qui aurait sûrement fait jaser sur son compte.

Il courtisa donc cette jeune et jolie veuve jusque-là rebelle à toutes les avances. Peu à peu, son cœur se trouva pris. Il eut horreur de sa vie passée, gaspillée si follement. La solitude, dans laquelle il vivait depuis son arrivée, lui parut insupportable. Il se sentit renaître ; plusieurs années de séjour dans la saine et salutaire campagne, lui avaient, d'ailleurs, refait la santé. Un sang chaud et généreux, débarrassé de toutes les scories de la vie parisienne, circulait dans ses veines et réveillait en lui des désirs impérieux.

Il aima avec violence, avec passion, avec frénésie. Lorsqu'enfin, il eut le courage de faire sa demande, il se présenta timide et craintif comme un enfant ; il parla avec des larmes dans la voix. Qu'il était loin le vieux et joyeux viveur du quartier latin ! Nous sommes tous ainsi, et, presque tous, nous finissons de la même manière.

Le jour où la demande de Sulpice fut agréée, fut pour lui un jour de joie radieuse, de bonheur indicible et sans mélange. La folle du logis prit son essor, et il rêva une vie que malheureusement il ne devait pas connaître.

Cette veuve semblait, du moins en apparence, ne pas guérir de son influenza. Elle se plaignait d'une foule de symptômes bizarres, qui déroutaient notre bon Sulpice pas trop expert en pathologie. Il finit par avoir peur de se tromper ; il craignit aussi que sa future en vînt à mettre en doute sa science médicale.

Mû par une inspiration, aussi soudaine que malheureuse, il réclama un litre d'urine et l'envoya, *sans en dire la provenance*, à un de ses anciens camarades expert chimiste. Celui-ci, voulant aider Sulpice à se tirer d'un mauvais pas, fit une analyse scrupuleuse, irréprochable. Sur une grande et large feuille, il consigna, sans rien omettre, tout ce que lui avait révélé son laborieux travail, complété par une sérieuse étude au microscope.

Après une semaine de cruelle attente, Sulpice reçut, enfin, le précieux papier. Il l'ouvrit en tremblant ; s'il se fut agi de sa santé, il aurait été, certainement, moins ému. Il le parcourut avec lenteur, tant il redoutait une découverte funeste. Elle se produisit, en effet, non pour sa future, mais pour lui. Tout au bas de la page, à la ligne des éléments figurés, il put lire écrit en gros caractères : Spermatozoïdes : quantité considérable et vigoureux......

Ce n'étaient pas les siens... Le pauvre Sulpice tomba foudroyé. Il venait de succomber à la rupture d'un anévrysme. D[r] GACHE.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de l'arrondissement de Rambouillet

Réunion préparatoire du 15 novembre 1899

PROCÈS-VERBAL

Cette réunion, provoquée par MM. Bouillon-Lagrange (Saint-Chéron), Paret et Bailhache (Dourdan), Camescasse (Saint-Arnoult), Brionne (Ablis) et Thouvenin (Bonnelles), comptait 15 présences sur 23 convocations adressées inutilement.

Présents à la réunion ou au banquet qui a suivi: MM. Bergonier, Humbert, Regnard, Brionne, Delebecque, Versepuy, Lacroix, Bailhache, Paret, Caroli, Doumenge, Guy, Grellière, Bouillon-Lagrange et Camescasse.

Lettres d'adhésion avec excuses d'absence de MM. Diard, Villeneuve, Thouvenin et Voulet, soit 19 adhésions fermes.

L'assemblée constitue ainsi que suit le bureau provisoire du Syndicat:

Président : M. BOUILLON-LAGRANGE (Saint-Chéron) ;
Vice-Président : M. BERGONIER (Rambouillet) ;
Trésorier ; M. GRELLIÈRE (Neauphle-le-Château) ;
Secrétaire : M. CAMESCASSE (Saint-Arnoult).

Après vérification, il est constaté que, par suite de l'insuffisance de l'Annuaire, les confrères Valot (Beynes), Dumas (Pontchartrain), Garlopau (Thoiry) et Delâtre (Gambais), n'ont pas reçu de convocation.

Les organisateurs s'excusent de cette lacune ; l'assemblée décide que le bureau provisoire et les confrères voisins, chacun de leur côté, informeront les oubliés des circonstances où se sont trouvés les organisateurs et solliciteront l'adhésion au Syndicat des médecins sus-désignés.

L'assemblée décide qu'un nouvel appel, suivi au besoin de démarches personnelles, sera

adressé à MM. Istria, Comet, Larrieu, Bertrand et Baratgin, confrères dont l'abstention ne peut être en aucune façon considérée comme définitive.

L'assemblée décide que les médecins qui suivent, exerçant sur les limites de l'arrondissement, seront invités à adhérer au Syndicat, cette adhésion pouvant être honoraire pour ceux de nos confrères qui font déjà partie d'autres Syndicats.

MM. Amant (Oisonville), Carlotti et Guillemain (Auneau), Legoy et Panas (Gallardon), Bruneau et Desprès (Epernon), Debore et Logerot (Orsay), Davy (Tappes), sont désignés par les membres de l'assemblée, sans préjudice d'autres indications.

Le bureau du Syndicat entrera, en outre, en relation avec les bureaux des Syndicats voisins, Chartres, Versailles, etc., ainsi qu'avec le Concours médical.

Les organisateurs ayant rendu compte du mandat qu'ils ont assumé, reçoivent l'approbation de leurs confrères.

Le bureau provisoire est chagé de rédiger un projet de statuts, qui sera transmis à tous les adhérents de la première heure pour recevoir leurs critiques, sans préjudice de la transmission ultérieure (après approbation à la prochaine assemblée et impression) à tous les médecins de l'arrondissement et aux confrères limitrophes.

La convocation à la prochaine assemblée comportera un exemplaire de la loi sur les Syndicats et un projet de statuts fournis gracieusement par le Concours médical.

La prochaine réunion est fixée au MERCREDI 13 DÉCEMBRE 1899 PROCHAIN ; elle aura lieu à cinq heures, à la Taverne du Panthéon (au coin du boulevard Saint-Michel et de la rue Soufflot), lieu choisi afin d'être à portée des gares de Montparnasse, du Luxembourg et d'Orléans, qui desservent l'arrondissement.

Les membres du Syndicat sont priés de signaler au docteur Camescasse, huit jours au moins avant la réunion, leur intention d'assister au banquet pour faciliter les négociations avec l'hôte.

L'assemblée ayant ainsi tranché les questions d'organisation, aborde le quatrième point de l'ordre du jour :

DÉCISION A PRENDRE POUR CONTRAINDRE LES COMPAGNIES D'ASSURANCES-ACCIDENTS A NOUS DONNER DE JUSTES HONORAIRES.

Tous les membres présents prennent part à la discussion. Il est impossible au rédacteur du procès-verbal de faire la part de chacun.

Des faits exposés, il résulte que plusieurs systèmes se trouvent en présence, qu'on peut résumer ainsi :

1° — Forfait pur et simple : par exemple, 25 francs par constat, soins compris, quelle que soit l'importance de ceux-ci, quelles que soient leur nature et leur durée.

2° — Forfait pour les accidents simples, soins et constats, avec honoraires à forfait pour les cas graves ; tant pour une fracture de jambe, tant pour une amputation, quelle que soit ici encore la durée des soins.

3° — Système Jeanne : forfait pour les constats (certificats seulement) y compris le premier pansement quand il est simple ; honoraires pour les soins consécutifs au prix du tarif ouvrier.

(Demander au Concours le tarif Jeanne.)

4° — Refus pur et simple de connaître les Compagnies. La conduite, en ce cas, serait la suivante : « Donner les premier soins (devoir d'humanité indiscutable et indiscuté), puis ensuite refuser toutes pièces, tous soins jusqu'à ce que le patron responsable ait pris, par écrit, l'engagement de payer, conformément à la loi. »

Au cours de la discussion, plusieurs principes sont posés qui éclairent l'ensemble de la question :

A) *Substitution de l'action syndicale à l'action personnelle pour les négociations avec les Compagnies. Le médecin sollicité par les Compagnies doit les informer que le secrétaire du Syndicat est chargé de répondre et de traiter en son lieu et place. Il doit transmettre au dit secrétaire les lettres qu'il reçoit des Compagnies.*

Le Syndicat traite pour ses adhérents à la fois, — sans permettre que la Compagnie exclue tel ou tel membre du Syndicat, — sans permettre que dans un point de l'arrondissement la Compagnie puisse traiter sur un pied différent, puisse assurer un monopole exclusif à tel ou tel confrère adhérent ou non au Syndicat.

Le Syndicat traite toutes les Compagnies sur le même pied et repousse toute négociation avec celles des Compagnies qui se dispenseraient de garantir les soins médicaux.

B) *Effort convergent avec les confrères limitrophes et les Syndicats voisins. A défaut d'entente, une certaine liberté sera reconnue aux confrères lésés ou menacés.*

C) *Les honoraires « accidents » sont dus même au médecin d'hôpital.*

D) *La question des assurances agricoles est réservée.*

E) *Arbitrage organisé pour les cas où des contestations surviendraient entre les Compagnies et tel ou tel syndiqué.*

Ces points tranchés, l'assemblée est consultée sur le fond. Avant le vote, il est convenu qu'il ne s'agit, pour la présente séance, que d'une indication de tendance.

L'assemblée, réunion préparatoire, ne se considère pas comme autorisée à parler au nom des absents.

Elle classe les lignes de conduite à suivre comme suit, par ordre de préférence :

En première ligne : le n° 4, c'est-à-dire refus de connaître les Compagnies et exigence d'un engagement écrit du patron ;

En seconde ligne : adoption du tarif Jeanne, avec l'avantage prochain de pouvoir fondre son action avec celle du Syndicat de Versailles.

DÉCISION PRISE FERME :

Les médecins de l'arrondissement doivent désormais s'abstenir de toute négociation personnelle avec les Compagnies d'assurances-accidents ; ils soigneront les blessés, comme par le passé, sans dénoncer les contrats existants, mais surtout sans conclure aucune convention nouvelle.

Le secrétaire du bureau provisoire est autorisé à faire imprimer et distribuer le procès-verbal de la réunion. Les dépenses ainsi engagées gées seront couvertes par les cotisations à venir.

Le Secrétaire,
Dr Jean CAMESCASSE.

REPORTAGE MÉDICAL

Journalistique. — Nous apprenons que notre excellent confrère M. le Dr Chevallereau, membre du *Concours*, quitte la direction de la *France médicale* sans cesser d'y collaborer. S'il est une circonstance qui puisse atténuer nos regrets, c'est de savoir qu'il sera remplacé par M. le Dr Albert Prieur, si avantageusement connu des lecteurs de la *Tribune médicale*, le journal de l'indépendant professeur Laborde.

Etudes préparatoires à la médecine. — Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante :

« Aux termes du décret du 24 juillet 1899, les licenciés ès sciences justifiant des quatre certificats d'études supérieures de physique, de chimie, botanique et zoologie ou physiologie générale peuvent s'inscrire en vue du doctorat en médecine.

« Or, durant ces dernières années, de nombreux étudiants de nationalité étrangère ont été autorisés à postuler la licence ès sciences et ont obtenu dans ce but la dispense du diplôme français de bachelier exigé par l'article 8 du décret du 22 janvier 1896 pour pouvoir prendre la première inscription.

« Il en résulte que certains de ces étudiants peuvent être aujourd'hui titulaires des quatre certificats d'études supérieures prévus par le décret du 24 juillet.

« Conformément à l'avis emis par le comité consultatif de l'enseignement public et par application des dispositions de la circulaire du 24 juillet 1896, j'ai décidé que ces étudiants ne seraient pas admis à commencer la scolarité en vue du diplôme d'Etat conférant le droit d'exercer la médecine en France. Il m'a paru, en effet, que les étudiants étrangers qui n'ont été autorisés à entreprendre les études scientifiques qu'à la faveur d'une dispense de baccalauréat, ne pouvaient bénéficier des privilèges concédés aux titulaires des quatre certificats d'études supérieures qui ont dû justifier d'un diplôme français de bachelier, en vue de la licence dès sciences. (*Bulletin du Syndicat de la Seine*).

Nomination. — Nous adressons nos félicitations à M. le Dr Gilson, d'Angoulême, membre du Concours, de l'Amicale et du Sou médical, qui vient d'être nommé médecin en chef de l'hôpital de cette ville. Notre excellent confrère ne manquera pas de mettre au service de nos œuvres de solidarité, la légitime influence qu'il a su conquérir dans sa région.

L'article 1er de la loi sur les accidents du travail. — Le Comité consultatif des assurances contre les accidents du travail, vient d'émettre les divers avis suivants, qui intéressent les médecins comme tout le reste de la loi :

A. *Départements et communes* :

« 1° Que les départements et les communes sont responsables des accidents survenus au personnel ouvrier qu'ils emploient directement dans les cas où le seraient les chefs d'entreprise avec lesquels ils auraient pu traiter pour la même catégorie de travaux;

« 2° Qu'il n'y a lieu de se prononcer sur les conditions dans lesquelles les communes peuvent se couvrir de cette responsabilité par l'assurance, la solution de cette question appartenant à M. le ministre de l'intérieur. »

B. *Sociétés coopératives de consommation* :

« Que les sociétés coopératives de consommation ne paraissent soumises à l'application de la loi que si elles possèdent des chantiers d'approvisionnements, si elles se livrent à des fabrications, ou si elles font emploi de moteurs inanimés. »

G. *Entreprises de transport* :

« 1° Qu'aucune disposition de la loi n'autorise de distinction entre les entreprises de transport de personnes et les autres entreprises de transport ;

« 2° Que les cochers employés par ces entreprises et payés à la moyenne, c'est-à-dire salariés dans des conditions spéciales, paraissent incontestablement appelés au bénéfice de la loi. »

D. *Voitures automobiles* :

« Que l'usage des voitures automobiles comporte assujettissement à la loi, lorsque ces voitures font partie d'une entreprise de transport ou d'une exploitation industrielle, ou bien lorsqu'elles sont employées par une exploitation commerciale ou agricole. »

La solution de l'incident du concours de l'internat. — Le président du conseil a tranché la question par un arrêté qui a paru à l'Officiel de dimanche. Le concours continue pour 36 places d'interne entre les candidats dont les copies n'ont pas été détruites. — Dix places supplémentaires seront attribuées à un nouveau concours entre les candidats dont les épreuves écrites ont été atteintes.

Cet expédient nous a toujours semblé être celui qui donnait le mieux satisfaction aux intérêts divers et opposés des parties en cause.

La lutte contre la sénilité. — S'il faut en croire les journaux politiques, l'Institut Pasteur va bientôt mettre à notre disposition un jeu de sérums qui nous permettra de réparer toutes nos cellules au fur et à mesure que nous en constaterons la détérioration. Confrères, en grâce, pas d'impatience ! — Pour nous, si nous avons tenu à vous signaler dès aujourd'hui la nouvelle, c'est que nous avons eu peur qu'elle ne gagne pas non plus à vieillir.

— *M. le Dr P. Lacroix*, notre si apprécié collaborateur, a fait à l'Académie, dans la séance du 26 décembre 1899, une très intéressante communication sur le traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire par l'inhalation de vapeurs antiseptiques, de menthol, bromoforme et formaldéhyde.

Nous en rendrons compte quand aura paru le rapport confié à M. le Dr Laborde.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4428. — M. le docteur Cailleux, de Crépy-en-Valois (Oise), présenté par M. le docteur Chopinet, député de l'Oise.

N° 4429. — M. le docteur Guillon, de Serrières (Ardèche), présenté par M. le docteur Maire, du Péage-de-Roussillon (Isère).

N° 4430.— M. le docteur Compain, d'Attichy (Oise), présenté par M. le directeur.

N° 4431. — M. le docteur Chartier, de Lézy-sur-Ourcq (Seine-et-Marne), présenté par M. le directeur.

N° 4432. — M. le docteur Mercier, de Mer (Loir-et-Cher), membre de l'Association et du Syndicat du Loir-et-Cher.

N° 4433.— M. le docteur Lépine, de Belleville-sur-Saône (Rhône), membre de l'Association et du Syndicat du Rhône.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 2 13 JANVIER 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Modification des statuts de l'Association générale des médecins de France.

Dimanche 7 janvier, cette modification a été opérée ; M. le Dr *A. Cerné*, délégué de la Seine-Inférieure, avait esquissé une légère critique du travail des conseils judiciaires et des propositions du Conseil général. Il concluait à l'ajournement, en attendant la modification de la loi, qui régit les syndicats ; M. *Pouliot*, membre du Conseil supérieur de la Mutualité, opinait dans le même sens. D'autre part, la plupart des délégués, faisant crédit au Conseil général, venaient, comme nous, pour l'Oise, apporter leur assentiment aux modifications proposées, avec certaines réserves intéressantes pour l'avenir de l'œuvre.

Il a suffi du commencement de siège de M. Cerné pour que le président général, tout bouillant d'une violente ardeur, jetât son bâton de commandement dans la tranchée des adversaires qu'il croyait avoir devant lui.

C'était une illusion guerrière ; la suite l'a bien prouvé. En quelques minutes, et sans discussion, tous les chapitres ont été adoptés.

M. Lannelongue a promis qu'il allait adresser aux sociétés locales, des statuts tout préparés. A. Cézilly.

Société civile du « Concours Médical »

Procès-verbal de la séance du 28 décembre 1899.

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Jeanne et Maurat.

Le Conseil, en attendant que la formule d'organisation d'une *commission d'intérêts généraux* ait été établie, selon le vœu de la dernière Assemblée générale, décide de continuer à faire tous ses efforts pour amener la solution favorable d'une proposition qu'il considère comme essentiellement utile à la profession.

Le Conseil, au sujet de la question toujours pendante de la réorganisation de l'Association générale, après longues et mûres délibérations, est d'avis qu'aucun fait nouveau n'est venu modifier son appréciation première et décide de s'en tenir à l'opinion qu'il a antérieurement émise.

Au sujet de la modification à apporter à la loi Roussel, le conseil estime qu'il y a lieu d'attendre le renouvellement sénatorial, pour convoquer à nouveau la commission précédemment instituée.

Le Conseil passe à l'examen de la correspondance et prend les décisions qu'elle comporte.

Saisi par un membre du Concours de la question du service des médecins de chemins de fer, le Conseil est d'avis de la mettre à l'étude et de demander aux membres de notre Société d'exposer, au journal, les modifications qui seraient avantageuses pour le corps médical en général, tout en ménageant la situation actuelle des médecins des Compagnies.

Le Trésorier donne connaissance des numéros des obligations qui ont été achetées :

Caisse de Prévoyance des assurés sur la vie.

3/4 Ville de Paris 1898.			Nos	527901
»	»	»		527902
»	»	»		541188

Société civile du Concours médical.

1/4 Ville de Paris 1898.			Nos	583785
1 ob. »	»	»		69642
1 » »	»	1892.		276048

Association amicale des médecins français.

Réunion du 23 décembre.

La séance est ouverte à deux heures, sous la présidence de M. Cézilly.

Présents : MM. Maurat, Gassot, Jeanne.

Excusé : M. P. Archambaud.

Des indemnités sont accordées aux sociétaires suivants :

N° 35	9 jours	90 fr. »»
N° 72	17 —	170 » »»
N° 150	3 mois	300 » »»
N° 179	12 jours	120 » »»
N° 190	56 —	560 » »»
N° 201	3 mois	300 » »»
N° 209	19 jours	190 » »»
N° 214	4 —	40 » »»
N° 221	15 —	150 » »»
N° 224	3 —	30 » »»
N° 249	57 —	570 » »»
N° 308	3 mois et 8 jours (retard d'un mois dans la déclaration)	626 » 60
N° 362	3 mois	300 » »»
N° 370	31 jours	310 » »»
N° 371	8 —	80 » »»
N° 401	3 mois	300 » »»
N° 426	60 jours	600 » »»
N° 463	3 —	30 » »»
N° 480	27 —	270 » »»
N° 488	53 —	530 » »»
N° 574	5 —	50 » »»
N° 575	4 —	40 » »»
	Total	5.656 » 60

Le n° 308 ayant fait sa déclaration avec un mois de retard, tombe sous le coup de l'article 32, et voit son indemnité réduite pour cette raison.

Le Conseil prononce les admissions suivantes :

Combinaison A. — MM. les docteurs Daubois (de Valence), Pouvreau (de Bois-Colombes), Villard (de Verdun), Martin (de Lamballe), Campuran (de Saint-Mézard), Lostalot-Bachoué (de Biarritz), Lorion (de Clamart), Chapuis (de Vienne), Morin (de Lyon), Soudaz (d'Albertville), Brasseur (de Villers-Bretonneux), Rosain (de Morienval), Langlois (de Nice), Rosanoff (de Nice), Garlopeau (de Thoiry, Seine-et-Oise).

Combinaison B. — MM. les docteurs Thésée (de Brest), Berton (de Triel), Selle (de Paris), Tournay (de Paris), de Coquet (de Bordeaux), Moreau (d'Orléans), Grilhaut des Fontaines (de Bois-Colombes), Derode (de Lille), Collet (de Nogent-sur-Vernisson), Pize (de Quingey).

L'admission de deux candidats a été ajournée.

Le Conseil enregistre, avec regret, le départ momentané de son vice-président d'honneur, M. le Pr Bard, de Lyon, nommé professeur de clinique à Genève, et contraint par les statuts de démissionner.

Le Conseil décide, à ce sujet, de proposer à l'Assemblée générale de nommer M. le Dr Pic, médecin des hôpitaux de Lyon, aux lieu et place de M. le Pr Bard.

Il remercie M. le Dr Lop (de Marseille), du don récent par lui fait à la caisse de l'Amicale.

Pour le Secrétaire des séances,
Dr Maurat.

Liste des Membres de l'Association amicale des médecins français
au 19 novembre 1899.

Ain. — MM. les Docteurs **Belous** (Miribel), **Chevelu** (Sathonay-le-Camp), **Julliard** (Châtillon-de-Michaille).

Aisne. — MM. les Docteurs **Cambus** (Bohain), **Fillion** (Cœuvres et Valsery), **Piette** (Seboncourt), **Rougier** (Vermand).

Allier. — MM. les Docteurs **Bècue** (Moulins), **Blanchard** (Vallon-en-Sully), **Bourillet** (Bézenet), **Charrière** (Souvigny), **Desfarges** (Busset), **Renon** (Ainay-le-Château), **Tessier** (Chavroches).

Alpes (Hautes-). — M. le Docteur **Guillaume** (Guillestre).

Alpes-Maritimes. — MM. les Docteurs **Bermondy** (Nice), **Ciais** (Menton), **Davéo** (Saorges), **Seney** (Nice), **Vincens** (Nice).

Ardèche. — MM. les Docteurs **Blache** (Privas), **Chabannes** (Vals-les-Bains), **Fuzet du Pouget** (Casteljeau), **Gaucherand** (Vals-les-Bains), **Lagarde** (Vals-les-Bains), **Lautier** (Les Vans), **Molle** (Aubenas), **Pargoire** (Aubenas), **Sarda** (Annonay).

Ardennes. — MM. les Docteurs **Beaudier** (Attigny), **Caillaux** (Saint-Germainmont), **Duclaux** (Mohon), **Gignac** (Nouzon), **Huguin** (Tourteron), **Lefèvre** (Fumay), **Parmentier** (Flize), **Roland** (Charleville), **Targowla** (Amagne), **Troyon** (Rethel).

Ariège. — MM. les Docteurs **Artigues** (Saint-Girons), **Soueix** (Saint-Girons).

Aube. — MM. les Docteurs **Coqueret** (Troyes), **Lasne** (Aix-en-Othe), **Laumet** (Troyes), **Lebrun** (Bar-sur-Aube), **Leloutre** (Troyes), **Tacheron** (Bar-sur-Aube).

Aude. — MM. les Docteurs **Allary** (Leucate), **Barthez** (Narbonne), **Joullié** (Narbonne), **Saintagne** (Saint-Hilaire).

Aveyron. — MM. les docteurs **Calmels** (Millau), **Fabre** (Saint-Rome-du-Tarn).

Bouches-du-Rhône. — MM. les docteurs **Auriol** (Arles), **Bagarry** (Marseille), **Ferrand** (Saint-Barnabé-Marseille), **Froment fils** (Marseille), **Gauthier** (Château-Gombert), **Jubiot** (Marseille), **Lop** (Marseille), **Martin-Raget** (Arles), **Monteux** (Marseille), **Morizot** (Arles), **Pigeon** (Barbentanne), **Rapine** (Marseille), **Ruffié** (Gardanne), **Tallon** (Arles), **Terras** (Saint-Remy-de-Provence), **Siguan** (Port-Louis), **Urpar** (Arles).

Calvados. — MM. les docteurs **Duros** (Aunay-sur-Odon), **Hie** (Livarot).

Charente. — MM. les docteurs **Ganivet-Desgraviers** (Mansle), **Gilson** (Angoulême).

Charente-Inférieure. — MM. les docteurs **Bonnarme** (Pons), **Collinet** (Saint-Porchaire), **Collinet** (Cozes), **Cornet** (Marennes), **Coudeyras** (Châtelaillon), **Lablancherie** (Matha), **Primet** (Loulay), **Rogée** (Saint-Jean-d'Angély), **Sostrat** (Mirambeau), **Souloumiac** (Saint-Aignant), **Vigen** (Montlieu).

Cher. — MM. les docteurs **Hervier** (Vierzon), **Petitfils** (Vierzon).

Corrèze. — MM. les docteurs **Bardon** (Brive), **Debord** (Lubersac), **Goudounèche** (Ussel), **Monglond** (Mas-le-Pouge).

Côte-d'Or. — MM. les docteurs **Bertrand** (Auxonne), **Chaley** (Curtil-Vergy), **Chauvenet** (Plombières-les-Dijon), **Lallement** (Norges), **Lejeune** (Meursault), **Pageot** (Précy-sous-Thil), **Ripault** (Dijon).

Côtes-du-Nord. — MM. les docteurs **Grallan** (Pleudihen), **Lhostic de Kerhor** (Belle-Isle-en-Terre), **Morault** (Rostrenen), **Morault** (Yffiniac), **Quéré** (Callac).

Creuse. — MM. les docteurs **Byasson** (Guéret), **Cazy** (Evaux), **Couderc** (Ahun), **Dumont** (Saint-Vaury), **Miltas** (La Souterraine), **Mazeron** (Auzances), **Mondon** (Chênerailles), **Treille** (Lavaveix-les-Mines).

Dordogne. — MM. les docteurs **Joany** (Cubjac), **Moulinier** (Excideuil), **Rudelle** (Rouffignac).

Doubs. — MM. les Docteurs **Lorber** (Fesches-le-Châtel), **Renaud** (Jougne).

Drôme. — MM. les Docteurs **Carrin** (Valence), **Cuniot** (Saint-Vallier), **Evesque** (La Mothe-Chalençon), **Hugues** (Loriol), **Pangon** (St-Vallier), **Perret** (Romans), **Tiollier** (Saint-Sornin).

Eure. — MM. les Docteurs **Bourdon** (Etrépagny), **Bournhonnet** (Pont-St-Pierre), **Devoisins** (Breteuil-sur-Iton), **Dimey** (Les Andelys), **Farines** (Beuzeville), **Guestre** (Nonancourt), **Jouve** (La Neuve-Lyre), **Planel** (Beaumont-le-Roger), **Vico** (Etrépagny).

Eure-et-Loir. — MM. les Docteurs **Carlotti** (Auneau), **Corneau** (Authon-du-Perche), **Hamant** (Oysonville), **Testeau** (Châteaudun).

Finistère. — MM. les Docteurs **Bodros** (Morlaix), **Bouquet** (Brest), **Camus** (Plouigneau), **Descoings** (Morlaix), **Collin** (Quimper), **Guyader** (Brest), **Herland** (Rosporden), **Houdart** (Lambézellec), **Leblanc** (Brest), **Le Moaligou** (Quimperlé), **Le Stunf** (Quimperlé), **Richard** (Rosporden).

Gard. — MM. les Docteurs **Amblard** (Manduel), **Bentkowsky** (St-Jean-du-Gard), **Chabert** (Roquemaure), **Tarrou** (Anduze), **Vauriot** (Nîmes), **Lasfargues** (Saint-Gilles), **Joullié** (Molières-sur-Cèze), **Malzac** (Lasalle).

Haute-Garonne. — M. le Docteur **Chabbert** (Toulouse).

Gers. — MM. les Docteurs **Boubée** (Lannepax), **Deluc** (Vic-Fesenzac), **Mothe** (Montfort).

Gironde.— MM. les Docteurs **Audouin** (Bordeaux), **Barbier** (La Réole), **Boob** (Léognan), **Bourrus** (Portets), **Chaudeborde** (Bordeaux), **De Faucher de la Ligerie** (Saucats), **De Lagoanère** (Bordeaux), **Deney** (Barsac), **Doubrère** (La Brède), **Cadenaule** (Saint-Ciers-la-Lande), **Fassy** (Bordeaux), **Fauchey** (Saint-Vivien-Médoc), **Gaston** (Portets), **Gauja** (Bordeaux), **Houques** (Bordeaux), **Hillcock** (Lerm-et-Musset), **Lacayre** (Nérigean), **Lafitte** (La Brède), **Laguens** (Castillon-sur-Dordogne), **Lande** (Bordeaux), **Lasalle** (Lormont), **Moreau** (Bordeaux), **Paillé** (Arcachon), **Rabère** (Pauillac), **Vacher** (Saint-Denis-de-Piles).

Hérault. — MM. les Docteurs **Pascal** (Béziers), **Scheydt** (Cette.)

Ille-et-Vilaine. — MM. les Docteurs **Hamon** (Rennes), **Hervot** (Saint-Malo), **Roger** (Hédé).

Indre. — MM. les Docteurs **Authenac** (Saint-Sévère), **Rondeau** (Aigurande).

Indre-et-Loire. — MM. les Docteurs **Dubois** (Savonnières), **Valla-Brochard** (Les Hermites).

Isère. — MM. les Docteurs **Barbier** (Vienne), **Bouchain** (Saint-Ismier), **Brottet** (Vienne), **Couturier** (Beaurepaire), **Falcoz** (Vizille), **Fayard** (Péage-du-Roussillon), **Maire** (Péage-du-Roussillon), **Marion** (Pont-de-Beauvoisin), **Martin** (Sassenage), **Pontet** (Rives). **Rechatin** (Montalieu-Vercieu), **Rouvier** (Voiron), **Senebier** (Mens).

Jura. — MM. les Docteurs **Bierry** (Moirans), **Billon** (Dôle), **Briand** (Dôle), **Dengler** (Sellières), **Mathieu** (Aumont), **Perrin** (Saint-Claude), **Poirson** (Morez), **Tassard** (Saint-Laurent).

Landes. — MM. les Docteurs **Arnaude** (Montfort-en-Chalosse), **Bourreterre** (Dax), **Branzeau** (Doazit), **Dulau** (Labrit), **Labatut** (Dax), **Lavielle** (Dax).

Loir-et-Cher. — MM. les Docteurs **Ansaloni** (Romorantin), **Baudron** (Josne), **Breitmann** (Herbault), **Descouleurs** (Droué), **Hervé** (La Motte-Beuvron), **Komorowski** (Mondoubleau).

Loire.— **Barbat** (Charlieu), **Cénas** (Saint-Etienne), **Dupont** (Pouilly-sous-Charlieu), **Laurent** (Roanne), **Merlin** (Saint-Etienne), **Moullade** (Néronde), **Nasser** (Bourg-Argental), **Reynaud** (Saint-Etienne).

Haute-Loire. — MM. les Docteurs **Charrin** (Saint-Didier), **Palhier** (Monistrol-sur-Loire).

Loire-Inférieure.— MM. les Docteurs **Blaizot** (Doulon), **Collot** (Le Pallet), **Dhoste** (Le Croisic), **Doussain** (Clisson), **Gafé** (Nantes), **Guihal** (Chapelle-Basse-Mer), **Guyon** (Nantes), **Lecerf** (St-Julien-de-Concelles), **Loréal** (Vallet), **Mainguy** (Le Bignon), **Monnier** (Nozay), **Moussier** (Nantes), **Picard** (Nantes), **Porson** (Nantes), **Saquet** (Nantes), **Terrien** (Vigneux), **Voyer** (Machecoul).

Loiret. — MM. les Docteurs **Augé** (Pithiviers), **Barada** (Artenay), **Beaurieux** (Orléans), **Boulle** (Orléans), **Brauman** (Châteaurenard), **Courtade** (Outarville), **Delthil** (Briare), **Doret** (Les Aydes), **Dufour** (Orléans), **Gassot** (Chevilly), **Guionnet** (La Selle-sur-le-Bied), **Hamon** (La Ferté-Saint-Aubin), **Heurteau** (Fay-aux-Loges), **Lambry** (Courtenay), **Lernon** (Chilleurs-aux-Bois), **Popis** (Chécy), **Richard** (Pithiviers), **Rocher** (Orléans), **Veillard** (Meung-sur-Loire).

Lot. — M. le Docteur **Fonservines** (Gramat).

Lot-et-Garonne. — MM. les Docteurs **Colombet** (Miramont), **Lacaze** (Mombahus), **Prunet** (Villeréal).

Lozère. — M. le Docteur **Chabanon** (Villefort).

Maine-et-Loire. — MM. les Docteurs **Belliard** (Montjeau), **Bontemps** (Saumur), **Clisson** (Bécon), **Coutant** (Saumur), **Coulbault** (Cholet), **Dupont** (Yzernay), **Forst** (Les Rosiers-sur-Loire), **Herpin** (Saint-Quentin-en-Mauge), **Jagot** (Angers), **Levraud** (Saumur), **Picot** (Cholet), **Rabjeau** (Ingrandes-sur-Loire), **Rousseau** (Tiercé), **Tabaraud** (Allonnes), **Tardif** (Longué), **Tétau** (Gesté).

Manche. — MM. les Docteurs **Alibert** (Saint-Lô), **Debains** (Saint-Waast), **Hamel** (Carentan), **Lemelletier** (Carentan), **Letarouilly** (Saint-Pair), **Viel** (Pont-l'Abbé-Picauville).

Marne. — MM. les Docteurs **Audoucet** (Verzenay), **Choquart** (Pleurs), **Collin** (Sainte-Ménehould), **Dunand** (Esternay).

Mayenne. — MM. les Docteurs **Jouis** (Andouillé), **Klein** (Château-Gontier), **Steiner** (Cossé-le-Vivien).

Meuse.— MM. les Docteurs **Godfrin** (Clermont-en-Argonne), **Thierry** (Saint-Mihiel), **Weiss** (Cousances-aux-Forges).

Morbihan. — MM. les Docteurs **Bayou** (Questembert), **Flandrois** (Lorient), **Jardin** (Auray), **Lefranc** (Carnac), **Le Fur** (Pontivy), **Le Même** (Sarzeau), **Lorieux** (Ploermel), **Richard** (Guéméné-sur-Scorff).

Nièvre.— MM. les Docteurs **Charpentier** (Neuvy-sur-Loire), **Petitjean** (Decize), **Poncet** (Anlezy).

Nord. — MM. les Docteurs **Caffeau** (Aniche), **Cochet** (Lille), **Delassus** (Lille), **Delporte** (Estaires), **Jean** (Maubeuge), **Lecoq** (Villers-sur-Nicole), **Letailleur** (Renescure), **Ringuet** (Trélon), **Ronnaux**

(Cambrai), **Rousseau** (Merville), **Rousselot** Tourcoing.)

Oise. — MM. les Docteurs **Castro** (Méru), **Cézilly** (Chantilly), (**Coup** (Méru), **Delobel** (Noyon), **Demmler** (Saint-Leu-d'Esserent), **Grenier** (Nanteuil), **Jacquot** (Creil), **Kleczkowski** (Grandfresnoy), **Maurat** (Chantilly), **Monin** (Ivry-le-Temple), **Robert** (Guiscard), **Rochefort** (Tracy-le-Mont).

Orne. — MM. les Docteurs **Capitrel** (Vimoutiers), **Yver** Flers).

Pas-de-Calais.— MM. les Docteurs **Baude** (Calais), **Boulinguez** (Hénin-Liétard), **Decléty** (Wizermes), **Lemaître** (Neufchâtel), **Lurette** (Esquerdes), **Nordman** (Calais),**Pierre** (Berck-sur-Mer), **Tillier**(Saint-Omer).

Puy-de-Dôme. — MM. les Docteurs **Bastide** (Clermont-Ferrand), **Force** (Sauxillanges), **Moncorgé** (Mont-Dore), **Pardoux** (Clermont-Ferrand), **Vidal** (Puy-Guillaume), **Veyret** Courpières).

Pyrénees (Basses). — MM. les Docteurs **Brus** (Conchez), **Breucq** (Bayonne), **Buzy-Cazaux** (Nay), **Guichamans** (Arzacq), **Pochelu** (Aldudes), **Poueydebat** (Aramits).

Pyrénées (Hautes). — MM. les Docteurs **Durand** (Maubourguet), **Maupomé** (Montégut), **Vergez** (Séméac-Tarbes).

Pyrénées-Orientales.— MM. les Docteurs **Berjoan** (Vinça), **Grando** (Vinça), **Lhopet** (Le Soler), **Martre** (Argelès), **Paraire** (Arles-sur-Tech), **Pradel** (Prades), **Puitg** (Baixas), **Ribot** (Saint-Félix-d'Avoil), **Salles** (Saint-Laurent-de-Cerdans), **Traby** (Isle-sur-Tet), **Traby** (Salces).

Haut-Rhin. — M. le docteur **Bardy** (Belfort).

Rhône. — MM. les docteurs **Albert** (Lyon), **Albertin** (Lyon), **Bard** (Lyon), **Bolliet** (Lyon), **Bonnet** (Neuville-sur-Saône), **Bret** (Lyon), **Callignon** (Saint-Fons), **Chaumier** (Lyon), **Chanel** (Tarare), **Commandeur** (Lyon), **Destot** (Lyon), **Devay** (Lyon), **Dollard** (Villeurbanne),**Dressy**(Mornant),**Fabre** (Lyon), **Féa** (Saint-Cyr-au-Mont-d'Or), **Frenkel** (Lyon), **Gouilliaud** (Lyon), **Héron** (Villefranche), **Lannois** (Lyon), **Liaudet** (Saint-Martin-en-Haut), **Manificat** (Poncharra), **Michon** (Lyon), **Morel** (Lyon), **Madinier** (Lyon), **Nové-Josserand** (Lyon), **Pic** (Lyon), **Pitre** (Craponne), **Rochet** (Lyon), **Raymond** (Lyon), **Rossigneux** (Lyon), **Tellier (Camille)** (Lyon), **Tellier (Julien)** (Lyon), **Vincent** (Lyon).

Haute Saône. — MM. les docteurs **Bornèque** (Luxeuil),**Chané** (Fougerolles), **Hézard** (Maizières), **Juif** (Mélisey), **Maussire** (Vesoul), **Perchet** (Autet),**Serrigny** (Mantoche), **Sipp** (Port-sur-Saône).

Saône-et-Loire. — MM. les docteurs **Beaupère** (Salornay-sur-Guye), **Morard** (Mâcon), **Patet** (Tramayes).

Sarthe. — MM. les docteurs **Bidon** (Loué), **Mauvais** (La Flèche), **Médail** (Bessé-sur-Braye).

Savoie. — MM. les docteurs **Armand** (Albertville), **Arnaud** (La Rochette), **Baur** (Montmélian), **Coze** (Aix-les-Bains), **Denarié** (Chambéry), **Gonthier** (Moutiers-Salins), **Liénard** (Pont-de-Beauvoisin), **Morel** (Saint-Pierre-d'Albigny), **Richard** (Termignon).

Savoie (Haute). — M. le docteur **Girod** (Rumilly).

Seine. — MM. les docteurs **Archambaud** (Paris), **Bellencontre** (Paris), **Bérillon** (Paris),**Berne** (Paris), **Bilhaut** (Paris), **Billon** (Paris), **Boisumeau** (Paris), **Boncour** (Asnières), **Chamoin** (Paris), **Corby** (Paris), **Crepel** (Paris), **Duchein** (Paris), **Fraenkel** (Paris), **Gripon** (Joinville-le-Pont), **Hervouet** (Paris), **Huguenin** (Paris), **Laurent** (Bois-Colombes),**Lacroix** (Paris), **Laîné** (Paris), **Lebreton** (Paris), **Lepage** (Paris), **Levassort** (Paris), **Mangenot** (Paris), **Mathieu** (Paris), **Millée** (Paris), **Monnet** (Paris), **Mouly** Paris), **Neble** (Paris), **Olivier** (Paris), **Pillon** (Paris), **Plateau** (Paris), **Rochefordière (de la)** (Paris), **Rol** (Asnières), **Ribard** (Paris), **Sales** (Paris), **Someil** (Paris), **Stef** (Paris), **Vidal** (Paris).

Seine et-Marne. — MM. les Docteurs **David** (Claye-Souilly), **Petitjean** (Jouarre), **Regoby** (Perthes), **Simeray** (Melun).

Seine-et-Oise. — MM. les docteurs **Balp** (Garches), **Bauxis-Lagrave** (Aulnay-les-Bondy), **Breitman** (Montesson), **Camescasse** (Saint-Arnoult), **Cesbron** (Marines), **Cossin** (Auvers-sur-Oise), **Darin** (Chaville), **Diacre** (Villeneuve-Saint-Georges), **De Fourmestraux** (Versailles), **Delattre** (Pussay), **Faraggi** (Houilles), **Fleury** (Versailles), **Gilles** (Garches), **Greuet** (Maisons-Laffitte), **Grissac (de)** (Argenteuil), **Groussin** (Bellevue), **Héliot** (Meulan), **Hintzy** (Montmorency), **Jeanne** (Meulan), **Katz** (Pontoise), **Lardeux** (Marines), **Le Menant des Chesnais** (Ville-d'Avray), **Lesur** (Versailles), **Leter** (Sannois), **Mignon** (Les Mureaux), **Nollet** (Bougival), **Pannetier** (Triel), **Pluyaud** (Houilles), **Poncet** (Magny), **Rebière** (Bonnieres), **Ribard** (Meudon), **Rigabert** (Marly-le-Roi), **Robert** (Le Chesnay), **Rousseau** (Conflans-Ste-Honorine), **Sergent** (Septeuil), **Saint-Cyr de Montlaur** (La Celle-Saint-Cloud), **Surbled** (Corbeil), **Surré** (Saint-Cloud), **Toussaint** (Argenteuil), **Vautier** (Jouy-en-Josas), **Vignes** (Corbeil),

Seine-Inférieure.—MM.les docteurs **Brasse** (Bihorel-les-Rouen), **Blondel** (Pavilly), **Dubois** (St-Victor-l'Abbaye). **Laurent** (Sanvic), **Laurent** (Le Havre), **Lorentz** (Le Havre), **Pigache** (Pavilly), **Reumaux** (Le Havre), **Sorel** (LeHavre), **Topart** (Rouen).

Deux-Sèvres. — MM. les docteurs **Breffeil** (Parthenay), **Griffault** (La Mothe-Saint-Héraye), **Good** (La Mothe-Sainte-Héraye), **Laffite** (Chef-Boutonne), **Moreau** (Chatillon-sur-Sèvre).

Somme. — MM. les docteurs **Léquibin** (Oisemont), **Molhant** (Roisel).

Tarn. — MM. les docteurs **Cabanès** (Castres), **Cassan** (Castelnau-de-Montmirail).

Tarn-et-Garonne.— MM. les Docteurs **Bories** (Montauban), **Laval** (Négrepelisse), **Montagnac** (Lauzerte), **Roudouly** (Caussade).

Var. — MM. les Docteurs **Aube** (Toulon), **Bouisson** (Toulon), **Grandjean** (La Seyne), **Manoel** (Toulon), **Sève** (Six-Fours), **Sauve** (Vidauban).

Vaucluse. — M. le docteur **Fabre** (Lauris).

Vendée. — MM. les docteurs **Clenet** (Cugand), **Epron** (L'Hermenault), **Fleury**(Chaillé-les-Marais), **Gaston** (Vairé), **Gustin** (Noirmoutier), **Mignen** (Montaigu), **Robuchon** (Port-Joinville), **Roy** (Aizenay), **Roy** (Aiguillon), **Simonneau** (Maillezais).

Vienne (Haute). — MM. les docteurs **Delézinier** (Limoges), **Ducourtioux** (Limoges).

Vosges. — M. le docteur **Tissier** (Remiremont).

Yonne. — MM. les docteurs **Bazot** (Joigny), **Cadilhac** (Saint-Valérien), **Michalski** (Charny).

Algérie. — MM. les docteurs **Benoit** (L'Arba), **Curtillet** (Alger), **Féraud** (Philippeville). **Gennatas** (Athménia), **Marcailhou** (Blidah), **Nadaud** (Bordj-Menaiel), **Pascal** (Mustapha).

Principauté de Monaco. — MM. les docteurs **Grenouillet-Decourt** (Monaco), **Marty**(Monaco), **Vivant** (Monaco).

Tunisie.— M. le docteur **Jacob** (Bizerte).

Le Sou Médical.

La séance est ouverte à 4 heures, sous la présidence de M. le Dr Cézilly.

Présents : MM. Lepage, Maurat, Gassot, Jeanne, Mignon, Rousseau, de Grissac.

Excusés : MM. Le Gendre, Bazot, Me Gatineau.

M. le Dr Gassot, trésorier, communique la liste suivante des adhésions nouvelles.

MM.
440. Laumet, Troyes (Aube).
453. Cadilhac, Saint-Valérien (Yonne).
454. Rapine, Marseille (Bouches-du-Rhône).
455. Plouzané, Pont-l'Abbé (Finistère).
456. Morin, Lyon (Rhône).
457. Stavaux, Salbris (Loir-et-Cher).
458. Legrand, Omer, Lille (Nord).
459. Gaumétou, Bezons (Seine-et-Oise).
460. Contal, Brenod-lez-Toul (M.-et-Moselle).
461. Duhamel, Gournay (Seine-Inférieure).
462. Leroy, Vireux (Ardennes).
463. Compain, Attichy (Oise).
464. Joly, Montvicq (Allier).
465. Debacq, Verberie (Oise).
466. Acard, Paris (Seine).
467. Fleury, Versailles (Seine-et-Oise).
468. Clisson, Bécon (Maine-et-Loire).
469. Morin, Paris (Seine).
470. Mercier, Montargis (Loiret).
471. Bauxis-Lagrave, Aulnay-les-Bondy, (S.-et-Oise).
472. Lohéac, Gourin (Morbihan).
473. Capron, Chaumont-en-Vexin (Oise).
474. Roger, Hédé (Ille-et-Vilaine).
475. Charrier, Thouars (Deux-Sèvres).
476. Choiseau, Londinières (Seine-Inférieure).
477. Mézangeau, Paris (Seine).

Tous ces confrères sont admis après vote du Conseil.

Une autre demande est rejetée à l'unanimité.

Le Trésorier fait ensuite connaître les versements qu'il a opérés, en exécution des décisions du Conseil ou de l'Assemblée générale, et donne un aperçu des dépenses prochaines à prévoir. Ses diverses propositions sont approuvées.

M. le Dr Jeanne, secrétaire-général, expose ensuite les questions qui ont motivé des demandes d'intervention.

A. *Affaires réglées.*

Le no 447 avait demandé qu'une démarche fût faite au ministère des colonies, en vue d'un renseignement à obtenir sur le compte de quelqu'un qui lui cause un préjudice. Après nous être assurés des inconvénients et de l'inutilité de cette démarche, nous avons informé notre sociétaire que le renseignement sollicité pouvait lui être fourni par la lecture de tel numéro de l'*Officiel*; ce qui lui donne satisfaction.

2. Le no 120 avait réclamé l'établissement d'une note d'honoraires, très longue et très détaillée, d'après le Tarif Jeanne ; mais il négligeait de nous envoyer certains éléments d'appréciation absolument indispensables. Nous lui avons donc envoyé le Tarif, et il a pu lui-même accomplir ce travail, en pleine connaissance de cause.

3. Le no 16, président d'un Syndicat, nous a consultés dans un arbitrage très délicat, qu'il désirait provoquer au sujet d'un conflit entre deux membres de la Société. Nous lui avons indiqué un projet de procès-verbal, qui nous paraissait équitable dans ses conclusions. Il en a, comme nous, jugé l'acceptation possible pour les deux confrères, et il poursuivra, dit-il, le rapprochement, sur ces données. Un des membres du Conseil nous fera part du résultat définitif à notre réunion prochaine.

4. Le no 27 était menacé de poursuites, ainis que le président de son Syndicat, pour publicité donnée à un ordre du jour de ce syndicat. Nous avions reconnu cette publicité utile et équitable ; nous en avions approuvé la forme. Aussi, M. Gatineau s'est-il empressé de rassurer les intéressés, par l'envoi d'une consultation détaillée, que nous avons appuyée d'une nouvelle promesse de concours absolu. Et les menaces n'ont pas été suivies d'exécution.

5. Une plainte, un peu trop vague, contre l'exercice illégal d'un prêtre a été remise au président du Syndicat de la région, qui a promis de l'instruire et de lui donner, sans faiblesse, la sanction qu'elle comporte.

B. *Affaires en cours.*

Les confrères qui y sont intéressés ont négligé, suivant une trop fréquente habitude, de nous envoyer le petit compte-rendu trimestriel que nous ne cessons de réclamer. Notre réelle sollicitude à l'égard de leurs intérêts, rend cette attitude bien inexplicable, et le Conseil est d'avis que, dans certains cas, l'ignorance où on le laisse, motivèrait suffisamment le retrait des promesses d'appui, qu'il a faites au début. Comment s'engager, en effet, à soutenir aveuglément de longues procédures, dont on ignore les incidents ? Le respect de l'équité, de la bonne foi, des convenances, obligent le Conseil à blâmer ces négligences, et à faire, dès aujourd'hui, des réserves en vue du moment où on lui présenterait, sans autre préambule.... la note à payer.

C. *Affaires nouvelles.*

1. A l'assemblée générale, le Conseil a reçu pouvoir de s'occuper de la réclamation de M. le Dr L. qui veut dégager sa responsabilité d'un homicide, pour lequel il a été condamné et qu'il attribue à un empoisonnement perpétré par une personne de l'entourage. Nous avons dit à M. le Dr L... qu'il avait à nous faire tenir tous documents relatifs à l'affaire, afin de nous faciliter une enquête confraternelle, absolument indispensable. Il ne nous a encore rien envoyé ; mais il a choisi pour expert un membre du *Sou médical*, médecin légiste éminent, qui assistait à notre assemblée, et s'est chargé de la mission.

2. A l'affaire du Dr L. de C. que des circonstances ont empêché jusqu'ici, d'aboutir définitivement (refus de payement, par une municipalité, des honoraires pour déplacement dans un service chirurgical d'assistance), nous en avons lié une autre très analogue. Celle-ci vise le refus de payement, par une municipalité de la Creuse, d'honoraires dus à un médecin de la Corrèze, pour le service d'assistance médicale, sur la limite des deux départements.

M. Rondel, contrôleur de l'Assistance médicale au Ministère de l'Intérieur, a connu l'enquête administrative faite sur ces deux conflits et juge équitables les réclamations de nos sociétaires. En conséquence, le Conseil décide que si satisfaction suffisante n'était pas obtenue par voie administrative, M. Gatineau serait prié d'étudier le moyen de l'avoir, par action judiciaire contre les responsables.

3. Par suite de l'impossibilité où s'est trouvé le secrétaire général d'appliquer la décision prise par l'Assemblée au sujet d'une demande de prêt, le Conseil, profitant après examen ap-

profondi, de la latitude qui lui a été laissée jusqu'à la somme de 500 fr. invite le Trésorier à effectuer un prêt de 400 fr., à M. le Dr S. dans les conditions qu'il détermine.

4) Le Sociétaire n° 142 nous a demandé quelle protection nous pourrions lui accorder à l'égard d'un médecin, d'origine russe, qui serait venu mettre son diplôme au service des désirs de vengeance d'un gros client, hostile à notre confrère. Nous nous sommes rendus compte que l'étranger en question n'a pas vu son droit d'exercice limité par la circulaire ministérielle, et que notre intervention ne peut être efficace. Le Conseil propose donc à notre Sociétaire de charger le Président de son Syndicat de faire, au médecin russe, des représentations d'ordre déontologique qui semblent seules possibles. De plus, il se réserve de signaler, dans l'étude sur les remèdes à l'encombrement médical, les déplorables conséquences de l'hospitalité médicale, trop écossaise, qui fut accordée à l'élément étranger.

5) M. Le Dr R. (n° 365) nous fait part des difficultés qu'il éprouve dans l'obtention d'une indemnité, qui lui serait due, par une Compagnie d'exploitation d'un chemin de fer colonial, dont il a dirigé le service médical pendant plusieurs années. Il demande notre appui.

Le Conseil, considérant que M. R. a déjà engagé l'instance et choisi ses mandataires, décide que, favorable en principe à la cause de l'intéressé, il subordonne toutes résolutions et promesses à l'examen complet des documents.

6) Près du Sociétaire n° 282, un confrère malade se fait remplacer, depuis deux ans, par un étudiant, qui exerce ainsi sous le régime de l'autorisation renouvelable prévue par l'article 6 de la loi Chevandier. Notre Sociétaire, ayant à se plaindre, dit-il, des procédés de l'étudiant, a signalé sa situation au Parquet, comme un cas d'exercice illégal ; mais le Parquet n'a pas cru devoir en être ému. Le Conseil reconnaît que la situation n'est pas illégale en principe et regrette que le Parquet ait été, à tort, saisi de la question. Il estime que notre Sociétaire doit soumettre au Bureau du Syndicat: 1° l'abus qui résulterait *peut-être*, en fait, dans ce cas particulier, de la prolongation d'une situation, prévue évidemment à titre passager ; 2° l'appréciation des actes qu'il reproche au remplaçant sur le terrain déontologique ; 3° demander un arbitrage, et d'avance en accepter la sentence.

7) M. le Dr L. après avoir établi une note d'honoraires sur les indications du tarif de son Syndicat, s'est vu offrir par le client la moitié de la somme réclamée.

Il a refusé et poursuivi. L'affaire est devant le tribunal de J., dont nous enregistrerons l'arrêt, avec une attention toute particulière, à cause du mécompte qu'il nous a causé jadis.

8) Deux de nos Sociétaires, habitant la même petite ville, demandent s'ils pourraient ouvrir ensemble une clinique sans avoir à payer une nouvelle patente, à cet établissement. Le Conseil répond que cette obligation fiscale ne paraît pas pouvoir être évitée, même après les efforts faits à la Chambre par M. le Dr Pédebidou et après la décision du Conseil d'Etat, relative au cas de M. le Dr Vignes (de Paris), que nous avons fait connaître au n° 4 de ce journal, année 1899.

9) MM. les Drs C. et C. demandent, l'un, si le privilège couvre les soins donnés à la femme du failli, l'autre, si le privilège spécial du propriétaire passe avant celui des soins de dernière maladie.

Le Conseil, sachant que, sur ces deux points, la jurisprudence est controversée, mais tend à s'affirmer dans un sens qui nous est défavorable, décide qu'il y a lieu d'inviter les membres du Sou médical à lui adresser tous documents, sur les cas de ce genre, qu'ils pourront rencontrer. M. Gatineau ferait le choix de ceux qui offrent le plus de chances d'être interprétés en notre faveur, et le Sou s'efforcerait de les faire juger.

10) M. le Dr J. (n° 110) nous a fait l'exposé très précis et très complet des vexations, mal fondées, auxquelles il a été soumis, par un président de Société de Secours mutuels. Après avoir inutilement essayé, sur notre conseil, par voie de conciliation, d'obtenir réparation suffisante pour le préjudice causé à sa dignité, il a vu au contraire l'attitude hostile s'aggraver par un acte injuste, qu'il ne veut pas supporter.

On biffe sur sa note et on refuse de payer des visites légitimement faites et qui doivent être rémunérées.

Le Conseil engage l'intéressé à poursuivre le recouvrement devant le juge de paix. De plus, il l'invite à relever et à établir toutes les circonstances, qui peuvent donner le caractère de diffamation, au langage tenu par ce président. Cet exposé sera soumis à Me Gatineau qui donnera son avis sur la détermination à prendre.

Après le rapport du Secrétaire général, le Conseil, sur la proposition de M. le Dr Lepage, décide qu'il rédigera le programme de l'étude projetée sur les causes de l'encombrement médical et les remèdes à y apporter. Ce canevas facilitera les recherches de documentation, à tous ceux qui désirent s'associer à un travail de cette importance.

La séance est levée à six heures et demie, et la prochaine réunion du Conseil fixée au jeudi 29 mars.

Le secrétaire des séances,
Dr H. MIGNON.

Liste des membres du « Sou Médical »

au 31 décembre 1899.

Ain. — M. le Docteur **Julliard** (Châtillon-de-Michaille).

Aisne. — MM. les Docteurs **Capart** (Montbrehain), **Chuquet** (Hirson), **Lefebvre** (Bohain), **Oudaille** (Fresnoy-le-Grand), **Painetvin** (Fresnoy-le-Grand), **Plichon** (Saint-Michel).

Allier. — MM. les Docteurs **Bécue** (Moulins), **Cahen** (Vichy), **Chapoutot** (Bruxières-les-Mines), **Renou** (Ainay-le-Château).

Alpes-Maritimes. — M. le Docteur **Ollivier** fils (Guillaumes).

Ardèche. — MM. les Docteurs **Gaucherand** (Vals-les-Bains), **Lagarde** (Vals-les-Bains), **Lautier** (Les Vans), **Molle** (Aubenas).

Ardennes. — MM. les docteurs **Boley** (Signy-l'Abbaye), **Caillard** (Saint-Germainmont), **Champagne** (Wasigny), **Duclaux** (Mohon), **Drapier** (Liart), **Gignac** (Nouzon), **Michel** (Thin-le-Moutier), **Pillière** (Charleville), **Renson** (Monthermé), **Rousseau** (Thilay), **Targowla** (Amagne), **Viellard** (Wasigny).

Aube. — MM. les docteurs **Laumet** (Troyes), **Moreau** (Chaource).

Aude. — MM. les docteurs **Cazanove** (Carcassonne), **David** (Narbonne).

Bouches-du-Rhône.— MM. les docteurs **Poggi** (Marseille), **Rapine** (Marseille), **Rossi** (Marseille), **Scamarone** (Trets).

Calvados. —MM. les doct. **Chodorowski** (Bayeux), **Couturier** (Trouville), **Duros** (Aulnay-sur-Odon), **Gourdin-Servenière** (Thury-Harcourt), **Le Bailly** (Saint-Marc-d'Ouilly). **Marais** (Honfleur), **Massart** (Honfleur), **Noury** (Caen), **Osmont** (Caen), **Rachet** (Honfleur), **Richard** (Isigny), **Wail** (Beuzeval).

Charente. — MM. les docteurs **Barraud** (Saint-Angeau), **Ganivet-Desgraviers** (Mansle), **Gilson** (Angoulême).

Charente-Inférieure.—MM. les docteurs **Bonnarme** (Pons), **Chevallier** (Saint-Agnan-les-Marais), **Coculet** (Montguyon), **Cornet** (Marennes), **Souloumiac** (Saint-Agnan).

Corrèze. — MM. les docteurs **Bardon** (Brives), **Bosche** (Brives).

Côte-d'Or. — MM. les docteurs **Chauvenet** (Plombières-les-Dijon), **Lejeune** (Meursault), **Rolland** (Dijon).

Côtes-du-Nord. — MM. les docteurs **Codet** (Lamballe), **Le Lionnais**, (Saint-Quay-Portrieux).

Creuse.— MM. les docteurs **Coudère** (Ahun), **Descottes** (Benevent-l'Abbaye), **Treille** (Lavaveix-les-Mines).

Dordogne. — MM. les docteurs **Dugan** (Bergerac), **Galtier** (Saint-Aignan-d'Hautefort), **Lombard** Terrasson).

Drôme. — MM. les docteurs **Emmanuelli** (Taulignan), **Lemoine** (Vinsobres), **Perret** (Romans), **Riory** (Chabeuil).

Eure.— MM. les docteurs **Bourdon** (Etrépagny), **Bournhonet** (Pont-Saint-Pierre), **Carcopino** (Verneuil), **Caudère** (Beaumont-le-Roger), **Devoisins** (Breteuil-sur-Iton), **Dimey** (Les Andelys), **Girot** (Tillères-sur-Avre), **Guestre** (Nonancourt), **Halbout** (Bernay), **Jouve** (Neuve-Lyre), **Martelli** (Rugles), **Planel** (Beaumont-le-Roger), **Pokrychkine** (Mlle) (Montreuil-l'Argillé), **Topart** (Pont-de-l'Arche), **Vico** (Etrépagny).

Eure-et-Loir. — MM. les docteurs **Carlotti** (Auneau), **Gierszinski** (Ouarville).

Finistère. — MM. les docteurs **Colin** (Quimper), **Gouez** (Plougastel), **Grias** (Pont-Aven), **Herland** (Rosporden), **Houdard** (Lambezellec), **Le Moaligou** (Quimperlé), **Lucas** (Concarneau). **Marchais** (Carhaix), **Plouzané** (Pont-l'Abbé), **Richard** (Rosporden) **Veissemburger** (Fouessant).

Gard.— MM. les docteurs **Boissier** (Nîmes), **Bourguet** (Sommières), **Bossan** (Beaucaire).

Garonne (Haute-). — MM. les Docteurs **Brun** (Lherm), **Rolland** (Toulouse).

Gironde. — MM. les Docteurs **Laffitte** (La Brède), **Lalanne** (La Teste), **Lande** (Bordeaux), **Laylavoix** (Lamarque).

Hérault. — M. le Docteur **Cicei** (Marsillargues).

Ille-et-Vilaine. — M. le Docteur **Perret** (Dinard).

Indre-et-Loire. — M. le Docteur **Dubois** (Savonnières).

Isère. — MM. les Docteurs **Barbier** (Vienne), **Bertrand** (Domène), **Bouohain** (Saint-Ismier), **Eyssautier** (Grenoble). **Fayard** (Péage-du-Roussillon), **Girard** (Grenoble), **Grall** (Grenoble), **Hermite** (Grenoble). **Martin** (Sassenage), **Perriol** (Grenoble), **Plaussu** (Le Touvet).

Jura. — MM. les Docteurs **Briot** (Chaussin), **Fargier** (Morez), **Poirson** (Morez), **Tassart** (Saint-Laurent).

Landes. — MM. les Docteurs **Arnaude** (Montfort-en-Chalosse), **Branzeau** (Doazit), **Getten** (Pouillon), **Salles** (Saint-Julien-en-Béarn).

Loir-et-Cher. — MM. les Docteurs **Descouleurs** (Droué), **Hervé** (La Mothe-Beuvron), **Marchand** (Les Montils), **Ravailler** (Saint-Amand), **Simon** (Nouan-le-Fuzelier), **Stavaux** (Salbris).

Loire.— MM. les docteurs **Barbat** (Charlieu), **Cenas** (Saint-Etienne), **Viallaron** (Firminy).

Loire-Inférieure. — MM. les Docteurs **Barbin** (Montoire-de-Bretagne), **Chopard** (Plouhornel), **Doussain** (Clisson), **Gouin** (Vieillevigne), **Guiberteau** (Saint-Jean-de-Corcoué). **Guillon** (Nantes), **Guyon** (Nantes), **Loréal** (Vallet), **Renoul** (Le Loroux-Bottereaux), **Saquet** (Nantes).

Loiret. — MM. les Docteurs **Barada** (Artenay), **Berty** (Courtenay). **Boulle** (Orléans), **Brauman** (Châteaurenard), **Charmoy** (Courtenay), **Chenal** (Cepoy), **Collet** (Nogent-sur-Vernisson), **Courtade** (Outarville), **Delthil** (Briare), **Denance** (Varennes), **Doret** (Les Aydes-Orléans), **Duchesne** (Ferrière-en-Gâtinais), **Gassot** (Chevilly), **Henriot** (Montargis), **Lambry** (Courtenay), **Ménière** (Jargeau), **Mora** (Bazoches-les-Gallerandes), **Morand** (Pithiviers), **Naudin** Lorris), **Perlis** (Bellegarde), **Renard** (Pithiviers), **Robineau-Duclos** (Châtillon-Colligny), **Rousseau** (Nogent-sur-Vernisson), **Souesmes** (Montargis), **Vialette** (Montargis).

Lot. — M. le docteur **Aymard** (Limogne).

Lot-et-Garonne.— MM. les docteurs **Cassius** (Layrac), **Cordeiro da Silva** (Agen), **Lacaze** (Montbahus).

Lozère. — M. le docteur **Martin** (St-Germain-de-Calberte).

Maine-et-Loire.— MM. les docteurs **Boell** (Baugé), **Pasquier** (Saint-Martin-du-Bois), **Rabjeau** (Ingrandes), **Tardif** (Longué).

Manche. — MM. les docteurs **Letarouilly** (Saint-Pair), **Lemelletier** (Carentan), **Viel** (Pont-l'Abbé-Picauville).

Marne. — MM. les docteurs **Faille** (Fismes), **Grognot** (Loivre), **Mabille** (Reims).

Marne (Haute-). — MM. les docteurs **Gaudez** (Bologne), **Pertat** (Joinville).

Mayenne. — MM. les docteurs **Klein** (Château-Gontier), **De Sevedavy** (Montaudin).

Meurthe-et-Moselle.— MM. les docteurs **Coliez fils** (Longwy), **Coliez** (Longwy), **Szypiorski** (Mont-Saint-Vincent).

Meuse. — M. le docteur **Cabasse** (Vaucouleurs).

Morbihan. — MM. les docteurs **Boucher** (Carentoir), **Le Fur** (Pontivy), **Richard** (Gueméné).

Nièvre. — MM. les docteurs **Baumann** (Ouroux), **Gazstowtt** (Nevers), **Gondaubert** (Montsauche), **Petitjean** (Decize).

Nord. — MM. les docteurs **Bernard** (Roubaix), **Bettremieux** (Roubaix), **Butruille** (Roubaix), **Derode** (Lille), **De Gandt** (Roubaix), **Lambin** (Lille), **Legrand-Omer** (Lille), **Pascalin** (Saint-Pol-sur-Mer), **Richard-Lesay** (Lille).

Oise. — MM. les Docteurs **Bouvier** (Grandfresnoy), **Cézilly** (Chantillly), **Chevallier** (Compiègne), **Coup** (Méru), **Crouzet** (Creil), **Debray** (Creil), **Delobel** (Noyon), **Delouard** (Béthisy-Saint-Pierre), **Demmler** (Saint-Leu-d'Esserent), **Hardivilliers** (Beauvais), **Jacquot** (Creil). **Lemaire** (Compiègne), **Leroy** (Noyon), **Maurat** (Chantilly), **Mercier** (Chapelle-aux-Pots). **Monin** (Ivry-le-Temple), **Rouiller** (Formerie), **Veroudart** (Noyon), **Wurtz** (Compiègne).

Orne. — MM. les Docteurs **Aury** (Saint-Martin-d'Aspres), **Barrabé** (Domfront), **Capitrel** (Vimou-

tiers), **Chamousset** (Belleme), **Foucher** (Argentan), **Levassort** (Mortagne).

Pas-de-Calais.— MM. les Docteurs **Chatain** (Saint-Omer), **Lemaître** (Neufchâtel), **Mahieu** (Wimille), **Meunier** (Calais).

Puy-de-Dôme. — MM. les Docteurs **Courtault** (Royat), **Maugue** (Martres-de-Veyres), **Nicolas** (La Bourboule).

Pyrénées (Basses-). — MM. les Docteurs **Lasallette** (Pau), **Peborde** (Gau), **Pressans** (Garlin), **Sabarots** (Orègue).

Pyrénées (Hautes-). — M. le Docteur **Duhourcau** (Cauterets).

Pyrénées-Orientales. — M. le Docteur **Cartade** (Estagel).

Rhône.— MM. les Docteurs **Bard** (Lyon), **Lachize** (Tassin-la-Demi-Lune), **Morin** (Lyon), **Pic** (Lyon).
Saône (Haute-). — M. le Docteur **Maussire** (Vesoul).

Saône-et-Loire. — MM. les Docteurs **Defos** (Cronat), **Maupère** (Salornay-sur-Guye), **Pain** (Bourbon-Lancy).

Savoie. — MM. les Docteurs **Armand** (Albertville), **Favre** (Albertville).

Seine. — MM. les Docteurs **Archambaud** (Paris), **Armirail** (Courbevoie), **Aubeau** (Paris), **Bérillon** (Paris), **Bernard Sales** (Paris), **Bouyer** (Paris), **Cancalon** (Charenton), **Chevallereau** (Paris), **Crepel** (Paris), **Courgey** (Ivry), **Dardel** (Paris), **Delineau** (Paris), **Desnos** (Paris), **Dunogier** (Paris), **Gagnière** (Choisy-le-Roy), **Grellety** (Paris), **Guerder** (Paris), **Henne** (Paris), **Hervouet** (Paris), **Huguenin** (Paris), **Kahn** (Paris), **Lacroix** (Paris), **Lepage** (Paris), **Le Gendre** (Paris), **Petit (Paul)** (Paris), **Potain** (Paris), **Ribard** (Paris), **Saunal** (Paris), **Selle** (Paris), **Suarez de Mendoza** (Paris), **Tachard** (Colombes)).

Seine-et-Marne.— MM. les Docteurs **David** (Claye-Souilly), **Decourt** (Mitry-Mory), **Delporte** (Beton-Bazoches), **Fleur** (Montereau), **Guillion** (Montereau), **Iung** (Mortcerf), **Petitjean** (Jouarre), **Sutils** (Chapelle-la-Reine), **Tabard** (Vareddes).

Seine-et-Oise. — MM. les Docteurs **Berton** (Triel), **Bourgeois** (Sèvres), **Breitman** (Montesson), **Calbet** (Chatou), **Cels** (Luzarches), **Cesbron** (Marines), **Cossin** (Auvers-sur-Oise), **Darin** (Chaville), **Dezotteux** (Lardy), **Diacre** (Villeneuve-Saint-Georges), **Dinan** (Vigny), **Dupaigne** (Louveciennes), **Faraggi** (Houilles), **Ferrey** (Andresy), **de Fourmestraux** (Versailles), **Galvani** (Sarcelles), **Gaumetou** (Bezons), **Giberton-Dubreuil** (Jouy-en-Josas), **Grillière** (Neauphle-le-Château), **de Grissac** (Argenteuil), **Greut** (Maisons-Laffitte), **Héliot** (Meulan), **Herpin** (Livry), **Hintzy** (Montmorency), **Jeanne** (Meulan), **Katz** (Pontoise), **Laffaille** (Boissy-Saint-Léger), **Laroche** (Milly), **Lavigne** (Aulnay-les-Bondy), **Lecuyer** (Chatou), **Le Menant des Chesnays** (Ville-d'Avray), **Lhoste** (Savigny-sur-Orge), **Licke** (Maisons-Laffitte), **Margery** (Sannois), **Mazeroux** (Conflans-Sainte-Honorine), **Mignon** (Les Mureaux), **Millet** (Montmorency), **Moreau** (Versailles), **Ockinsyck** (Luzarches), **Pannetier** (Triel), **Pecker** (Maule), **Poursain** (Herblay), **Ribard** (Meudon), **Rigabert** (Marly-le-Roi), **Robert** (Le Chesnay), **Rochefort** (Chatou), **Rousseau** (Conflans-Sainte-Honorine), **Saint-Cyr de Montlaur** (Celle-Saint-Cloud), **Thomas** (Le Raincy), **Toussaint** (Argenteuil), **Valot** (Beynes), **Vautier** (Jouy-en-Josas), **Vignes** (Corbeil..

Seine-Inférieure. — MM. les docteurs **Brasse** (Bihorel-les-Rouen), **Bréchot** (Caudebec-en-Caux), **Charayron** (Gaillefontaine), **Dubois** (Saint-Victor-l'Abbaye), **Lemaire** (Le Tréport), **Mailler** (Cailly), **Mathon** (Forges-les-Eaux), **Michellet** (Eu), **Quantin** (Gournay-en-Bray), **Reumaux** (Le Havre), **Sorel** (Le Havre).

Deux-Sèvres. — MM. les docteurs **Bouchet** (Saint-Loup-sur-Thouet), **Clais** (Saint-Romans), **Dourif** (Melle), **Gaud** (Melle), **Good** (La Mothe-Sainte-Heraye), **Michel** (Argentan-Château), **Rabec** (Chizé).

Tarn. — M. le docteur **Sicard** (Castres).

Tarn-et-Garonne. — MM. les docteurs **Raffy** (Negrepelisse), **Roudouly** (Caussade).

Var. — MM.. les docteurs **Sauve** (Six-Fours), **Seve** (Vidauban), **Raynaud** (Toulon).

Vaucluse. — M. le docteur **Blanchon** (Valréas).

Vendée. — MM. les docteurs **Gouin** (Montaigu), **Serph** (Bois-de-Céné).

Vienne (Haute). — MM. les docteurs **Délesinier** Limoges), **Marchadier** (Lussac-les-Châteaux).

Vosges. — M. le docteur **Greuel** (Gérardner).

Yonne — MM. les docteurs **Bazot** (Joigny), **Cadilhac** (Saint-Valérien), **Chamozzi** (Saint-Julien-du-Sault), **Devoir** (Villeneuve-sur-Yonne), **Dort** (Cérisiers), **Gache** (Villefranche), **Jacob** (Guerchy), **Legendre** (Bléneau), **Lepelletier** (Fleury-Vallée), **Leriche** (Joigny), **Raoul** (Villeneuve-la-Guyard), **Truchy** (Briennon), **Toupance** (Dixmont).

Alger.— MM. les docteurs **de Cool** (El Arrach), **Verhaeren** (Birmandreis-Alger).
Constantine. — M. le docteur **Guérard** (La Calle).

Tunisie. — M. le docteur **Jacob** (Bizerte).

Réunion.— MM. les docteurs **Auber** (Saint-Denis), **Bonniot** (Saint-Denis), **Deramona** (Saint-Denis), **Lesnier** (Saint-Denis), **Mac Auliffe** (Saint-Denis), **Paulet** (Saint-Leu).

LA SEMAINE MEDICALE

Les vomitifs chez les enfants.

M. Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, vient de publier, à la librairie Rueff, un intéressant volume, auquel nous empruntons les formules de vomitifs suivants :

1° L'*ipéca* peut se prescrire sous forme de poudre de racine ou de sirop qui contient 1 centigramme d'extrait par gramme. On administre généralement :

Sirop d'ipéca............ 30 grammes.
Poudre d'ipéca.......... 0 gr. 30 centigr.

par cuillerées à café toutes les cinq minutes, jusqu'à effet.

Ou pour masquer le goût nauséeux de l'ipéca :

Poudre d'ipéca..... 0 gr. 30 à 1 gramme.
Sirop de violettes.. 30 grammes.
Looch blanc.... ... 120 —

Le sirop de Desessart et la poudre de Dower sont encore des préparations à base d'ipéca très employées chez les enfants. Pour renforcer l'action vomitive de l'ipéca, on peut y adjoindre des préparations à base de polygala ou de narcisse des prés.

2° Le *sulfate de cuivre*, très recommandé par Trousseau, peut se prescrire :

Sulfate de cuivre...... 0 gr. 10 à 0 gr. 40 selon l'âge.
Eau distillée.......... 80 grammes.
Sirop de menthe....... 30 —

par cuillerées à café toutes les dix minutes, jusqu'à effet.

3° Le *tartre stibié* ou *émétique* ne se donne jamais dans la première enfance, car il est trop déprimant. Dans la seconde enfance, on peut le prescrire ainsi :

Émétique............ 0 gr. 01 centigr.
Sucre en poudre..... 1 gramme.

Pour un paquet ; à prendre dans un peu d'eau et renouveler toutes les dix minutes, jusqu'à effet.

Ou encore :

Tartre stibié......... 0 gr. 01 centigr.
Sirop de gomme..... 20 grammes.
Eau distillée......... 60 —

A prendre en quatre ou cinq fois toutes les dix minutes.

4° L'*apomorphine* a le grand avantage de se donner par la bouche ou en injections sous-cutanées. On prescrira à prendre par la bouche par cuillerées à café, d'heure en heure :

Chlorhydrate d'apomorphine 0 gr. 01 cg.
Sirop de polygala... .... 30 grammes.
Acide chlorhydrique. ...... II gouttes.
Eau distillée............... 60 grammes.

Comme injections hypodermiques, on injectera, selon l'âge, un quart ou une demi-seringue de Pravaz de la solution :

Chlorhydrate d'apomorphine 0.05 centigr.
Eau distillée............... 10 gr.

Traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de sérum artificiel bichloruré.

M. le Dr *Ermenge* a consacré sa thèse à l'étude du traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires de sérum artificiel bichloruré mercurique. Ses conclusions sont intéressantes à retenir :

Tout d'abord, dit-il, on peut introduire dans l'économie à doses intensives et éloignées le plus soluble des sels de mercure, le sublimé.

Le meilleur mode d'introduction consiste à injecter du bichlorure de mercure, dilué dans du sérum artificiel, suivant la formule :

Bichlorure de mercure.. 0,25 centig.
Chlorure de sodium..... 1 gram.
Acide phénique neigeux. 1 »
Eau distillée stérilisée.. 100 »

Les injections doivent être intra-musculaires ; elles sont indolores et cette indolence est due à la dilution du sublimé dans une grande quantité de liquide, ainsi qu'à l'action analgésique de l'acide phénique.

L'action est extrêmement rapide : presqu'aussi rapide qu'avec le calomel et plus qu'avec l'huile grise.

Quatre ou cinq injections, quelquefois un plus petit nombre, suffisent pour amener la disparition des lésions syphilitiques.

En même temps que disparaissent les lésions, l'état général s'améliore, la tension artérielle se relève, le nombre des globules et l'hémoglobine augmentent, les forces reviennent, comme l'indique le dynamomètre, et l'action du sérum artificiel sur les fonctions cérébrales se fait promptement sentir.

Le perfectionnement apporté à la technique permet d'éviter sûrement tous les accidents si fréquents au début de la méthode hypodermique. Jamais, on n'observe d'abcès. En outre, on peut doser très exactement la quantité de sublimé injecté.

Le traitement par le sérum bichloruré est contre-indiqué dans tous les cas d'hypertension artérielle d'artério-sclérose et de néphrite confirmées.

Il est indiqué :

1° Surtout dans les cas d'asthénie secondaire et chez tous les débilités, épuisés et cachectiques.

2° Dans tous les cas où il faut agir vite (surtout dans les cas de syphilis cérébrale et de syphilis douloureuse).

On peut injecter d'emblée 20 centimètres cubes de sérum bichloruré, c'est-à-dire 5 centigrammes de sublimé.

La dose de sublimé peut même être augmentée et portée à 6 et 8 centigrammes. Toutefois il est préférable de n'employer que la solution à 5 centigrammes : ce n'est que dans les cas de syphilis très maligne qu'on peut augmenter la dose.

D'autre part, l'acide phénique peut être supprimé dans la formule pour les cas de néphrite trop avancée.

Il est prudent de ne faire que 4 à 5 injections consécutives et de cesser tout traitement mercuriel. — On maintient satisfaisant l'état général des malades en leur injectant du sérum artificiel, suivant la méthode du professeur Landouzy.

En clientèle, voici comment on peut procéder :

Dans les cas de syphilis jeune ; faire une série de 5 piqûres de bichlorure, puis repos de 2 mois, durant lequel on fait tous les 7 jours une injection de sérum artificiel ordinaire (5, 10 ou 20 grammes, jamais plus).

Deuxième série de 5 piqûres, puis repos de 4 mois (sérum artificiel).

Troisième série de 5 piqûres, puis repos de 6 mois (sérum artificiel).

Quatrième série de 5 piqûres, puis repos de 6 mois (sérum artificiel).

A la moindre apparence de récidive, faire une piqûre.

Naturellement, la méthode varie un peu suivant l'âge de la syphilis.

M. Ermenge fait observer que le traitement par le sérum bichloruré *ne peut être érigé* en mode de traitement unique applicable à tous les cas de syphilis.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la diphthérie.

M. le Dr E. Périer a eu l'excellente idée de publier dans son journal les *Annales de médecine et de chirurgie infantiles* une série de notes concernant le mode de traitement employé dans la diphthérie par la plupart des maîtres de la pédiâtrie à Paris ou en province. On doit reconnaître que la pratique ainsi préconisée s'est singulièrement uniformisée ; il n'y a guère de divergences que sur l'emploi des moyens locaux que les uns continuent à utiliser, et que les autres ont abandonnés, s'en tenant absolument à l'usage du sérum de Roux. Nous ne reproduisons ici que quelques-unes de ces indications.

Pratique du Professeur Hutinel. — « Quand je vois, sur les amygdales, des fausses membranes ou même de simples points blancs, d'aspect pultacé, je fais toujours l'examen immédiat de l'exsudat sur lames, après coloration, et je fais

un ensemencement sur sérum gélatinisé. Si les fausses membranes sont étendues, si la pituitaire est atteinte, si le larynx est menacé, je n'attends pas le résultat des cultures. Si le diagnostic de diphtérie me semble probable, alors même que l'examen direct de l'exsudat aurait été négatif, je pratique de suite l'injection de sérum antitoxique.

A moins de cas extrêmement bénins et d'un diagnostic douteux, je fais cette injection dans tous les cas, et je la fais le plus tôt possible.

Je ne suis point partisan des petites doses de sérum injectées successivement et comme à regret. Je commence en général par une injection de 20 centim. cubes, chez des enfants au-dessus de deux ans, et s'il est nécessaire, le lendemain j'injecte encore dix, quinze ou vingt centim. cubes.

Je ne touche jamais aux amygdales. Les attouchements, les badigeonnages avec des substances plus ou moins antiseptiques, auxquels nous étions obligés d'avoir recours autrefois, faute de mieux, n'ont aucune utilité. S'ils ne sont pas utiles, ils sont parfois nuisibles. Ils fatiguent et effraient les enfants ; ils risquent de blesser la muqueuse et d'ouvrir ainsi une porte d'entrée à une infection secondaire, et cela sans aucun profit.

Je me contente de grands lavages de la gorge avec de l'eau bouillie tiède, ou de l'eau boriquée, et même je m'en abstiens si ces lavages sont trop difficiles à exécuter. Je fais aussi, quelquefois, les pulvérisations tièdes dans la bouche et le pharynx, soit avec un petit pulvérisateur à vapeur, soit avec un simple pulvérisateur à boules.

Si les ganglions cervicaux sont tuméfiés, je les couvre de compresses chaudes et humides ou de compresses fraîches, suivant les cas.

Si le nez est envahi, je fais de petits lavages au moyen d'une seringue à injection avec une solution d'eau salée. Je n'injecte que deux ou trois centimètres cubes de cette solution à la fois dans chaque narine ; mais je répète cette injection autant de fois qu'il est nécessaire.

Je fais répandre de la vapeur d'eau dans la chambre du malade, et dès que le tirage nécessite une intervention, je recours à l'intubation.

A l'intérieur, je donne peu de médicaments ; parfois, je prescris la potion suivante :

Eau distillée..............	45 grammes.
Sirop d'écorces d'or. amères	15 grammes.
Benzoate de soude.........	2 grammes.
Caféine....................	0 gram. 10

à prendre par cuillerées à café toutes les 2 heures. Mais je veille à ce que les enfants prennent en abondance du lait, du grog, du thé léger ou de l'eau sucrée. »

— M. le Dr Sevestre, joint au traitement par le sérum, les grandes irrigations avec un irrigateur ou un bock muni d'un tube en caoutchouc de un mètre à un mètre 50 avec la liqueur de Labarraque à 50 pour 1000, et dans les cas graves avec phénomènes de putridité, la solution de chloral à 10 p. 1000. Egalement, faire dans les diphtéries associées que le sérum ne suffit pas à guérir, des applications topiques avec des collutoires phéniqués ou autres.

— Pour les injections de sérum, M. Richardière donne les règles suivantes.

Les doses de sérum sont ainsi fixées :
Enfants au-dessus de 2 ans : 20 cent. cubes.
Enfants entre 1 an et 2 ans : de 10 à 20 c.c.
Enfants au-dessous de 1 an : 10 c.c.

On fait, dans les cas simples, 2 lavages par jour de la gorge et du nez (s'il y a du coryza diphthérique). Les lavages sont faits à l'eau bouillie, parfois boriquée, parfois additionnée d'eau de Labarraque, à 50 pour 1000.

Quand les fausses membranes sont abondantes, d'odeur fétide ; quand il y a une forte adénopathie ; en un mot, quand il y a des signes de septicité, je fais, 2 fois par jour, un grand lavage avec 1 litre d'une solution de permanganate de chaux à 1 p. 4000 suivie d'un lavage à l'eau bouillie.

Presque jamais, on ne fait de badigeonnages. On les emploie uniquement quand les fausses membranes veulent tomber (après plusieurs jours), ou quand elles tendent à se reproduire. On fait alors des attouchements (1 fois par jour) avec une solution de glycérine au sublimé.

Pour les plaques de diphtérie des lèvres, de la peau, de la vulve, on peut les badigeonner au stérésol de Berlioz.

Les injections sont presque toujours uniques. On ne les renouvelle que dans les cas très rares de reproduction des fausses membranes ou de retard dans la chute. On injecte alors moitié de la dose primitive.

— M. Marfan fait remarquer que l examen bactériologique peut souvent laisser des doutes, quand il reste négatif, et ne permet guère de se prononcer si, ainsi que c'est le cas le plus souvent, il n'est pratiqué qu'une fois. Aussi doit-on s'efforcer, par la seule investigation clinique, d'arriver à des conclusions suffisamment certaines pour la pratique. Voici les signes diagnostiques qu'il indique à ce propos :

Il importe d'abord de bien distinguer les aspects objectifs de la gorge dans les angines aiguës. Laissant de côté les angines rouges, érythémateuses, qui ne sont presque jamais diphthériques, je ne m'occuperai que des angines blanches. Celles-ci sont pseudo-membraneuses ou pultacées.

Dans les angines pseudo-membraneuses, l'exsudat est adhérent, fait presque corps avec la muqueuse, est très difficile à détacher, si ce n'est tout à fait au début ou à la fin ; quand on parvient à l'arracher, on voit qu'il est cohérent, difficile à déchirer et à dissocier dans l'eau ; il débute par l'amygdale et a une tendance à envahir le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx.

Dans les angines pultacées, l'exsudat n'est pas adhérent ou l'est très peu ; il est sans cohésion, s'écrase facilement, parfois en répandant une odeur fétide, et se désagrège presque complètement dans l'eau ; d'ordinaire, il est limité aux cryptes ou follicules de l'amygdale, et celle-ci apparaît parsemée de points blancs, aspect caractéristique, et néanmoins très souvent confondu avec celui de l'angine herpétique (en réalité, la véritable angine herpétique est extrêmement rare) : cet exsudat, primitivement intra-cryptique, peut s'étaler à la surface et donner naissance à des taches blanches un peu plus larges;

celles-ci peuvent même se fusionner plus ou moins ; mais rarement l'exsudat franchit la région amygdalienne pour gagner les piliers du voile ou la luette. Tous ces caractères permettent ordinairement de distinguer l'angine pseudo-membraneuse de l'angine pultacée diffuse. Cependant il y a des cas douteux, où l'exsudat semble réunir les caractères des deux formes ; nous verrons quelle conduite ils imposent.

Ces distinctions faites, voici les règles qui dirigent ma pratique :

1° Une angine aiguë primitive (quand je dis primitive, je veux dire une angine qui n'est pas liée à la scarlatine ou à une autre maladie), une angine aiguë primitive qui, dès le début, revêt la forme pseudo-membraneuse, doit *a priori* être considérée comme diphthérique et exige l'injection de sérum antidiphthérique avant l'examen bactériologique. Il est d'ailleurs toujours utile de faire celui-ci par la suite et même de le répéter, ce qui montrera presque toujours la nature réellement diphtérique de l'angine.

2° Les angines pultacées, ponctuées ou diffuses, ne doivent pas être regardées comme diphtériques. Aussi, à moins de circonstances spéciales (milieu épidémique, coexistence de laryngite) qui exigent, sans attendre le résultat de l'examen bactériologique, une injection immédiate de sérum, se dispensera-t-on de cette injection. Mais si des doutes surgissent, on fera pratiquer un examen bactériologique et on n'injectera le sérum que si cet examen démontre la nature diphtérique de l'angine, ce qui arrivera assez rarement.

3° En tout cas, toutes les fois qu'on est dans le doute, si on suppose que ce doute puisse nuire au malade on fera une injection de sérum sans attendre le résultat de l'examen bactériologique : cette injection n'offre aucun inconvénient...... »

M. Marfan ne fait que des irrigations à l'eau bouillie, ou des instillations d'huile mentholée au 1/30 au 1/40 dans le nez, mais aucun attouchement direct sur la gorge.

Pratique de M. Moizard. — 1° J'emploie le sérum de Roux d'emblée lorsqu'il s'agit d'une angine ayant les caractères cliniques de la diphtérie. L'apyrexie, ou le peu d'intensité de la réaction fébrile, ne dépassant presque jamais 38°, sauf dans la strepto-diphthérie, l'engorgement ganglionnaire toujours assez prononcé, l'apparence nettement membraneuse de l'exsudat, l'état général des malades sont les signes sur lesquels je m'appuie pour affirmer la probabilité de la diphthérie. Quand je conçois un doute, et que l'ensemble des symptômes me permet d'affirmer que s'il y a diphthérie, s'il s'agit d'une diphtérie actuellement bénigne, je fais une culture, et ne pratique l'injection que si au bout de 24 heures l'examen décèle la présence du bacille de Lœffler ; je n'ai jamais eu à me repentir de cette pratique, qui, je le répète, ne s'applique qu'aux cas primitivement bénins. En cas contraire, j'agis toujours comme je l'indique plus haut.

Quand une angine est cliniquement de la diphthérie, toute temporisation est une faute. J'ai pu observer bien des faits, où dans des cas d'angine affirmée diphthérique, uniquement par la clinique et traitée comme telle, malgré le résultat négatif de l'examen bactériologique, l'évolution des accidents, et dans certains cas les résultats positifs obtenus à la suite de cultures réitérées, ont démontré la justesse du diagnostic clinique. C'est là une règle de pratique sur laquelle on ne saurait trop insister.

L'examen bactériologique, qui nous donne de si précieux renseignements, est, comme tous nos moyens d'investigation, sujet à erreur. Il est pour le médecin un auxiliaire des plus utiles ; mais en fait de diphthérie s'il dit non, alors que la clinique dit oui, c'est celle-ci qui doit dicter notre conduite.

Quant aux doses de sérum employées, elles varient suivant l'âge du sujet : dix centimètres cubes par injection au-dessous d'un an, vingt-centimètres cubes au-dessus, les injections étant répétées ou non, suivant l'intensité des accidents et les résultats obtenus.

J'ajoute que les accidents déterminés par le sérum que j'ai décrits l'un des premiers dans une communication de décembre 1894, à la Société des hôpitaux, sont aujourd'hui des plus rares, et se bornent tout au plus à quelques poussées d'érythèmes polymorphe précoce ou tardif, c'est-à-dire, suivant l'injection, à quelques heures d'intervalle, ou se montrant de 8 à 15 jours après elle.

2° Comme traitement local, j'emploie les grandes irrigations avec l'eau bouillie. Les attouchements de la gorge sont pratiqués soit avec de l'eau oxygénée, qui me semble un excellent topique, quatre fois par jour. Quand les enfants sont dociles, et que les accidents locaux sont intenses, je suis resté fidèle aux attouchements pratiqués deux fois par jour avec la glycérine sublimée au quarantième suivant la technique indiquée par MM. Goutand, Hulot, et par moi, en 1894, chaque attouchement se composant de trois temps : dans le premier temps, enlever avec un tampon d'ouate hydrophile les sécrétions qui tapissent la gorge, sans effort, sans brusquerie ; dans un second toucher la partie malade avec un autre tampon imbibé de glycérine sublimée, et exprimé. Dans un troisième, enlever avec un tampon sec la glycérine sublimée, qui pourrait rester en contact avec elles. En prenant ces précautions, je n'ai jamais d'accident.

3° Le traitement général comprend l'emploi des toniques, l'alimentation par le lait, pour amener le fonctionnement des reins. Le cœur doit être attentivement surveillé. S'il faiblit les injections sous-cutanées de caféine sont indiquées. Non seulement elles relèvent l'énergie cardiaque, mais elles amènent la diurèse. Elles sont donc doublement indiquées dans ces cas. — Les enfants supportent admirablement la caféine, et pour en obtenir les résultats attendus, il ne faut pas craindre de l'employer à hautes doses. Chez un enfant de 5 ans, il m'arrive bien souvent d'aller jusqu'à 0,40 et même 0,60 centigr. de caféine en injections hypodermiques dans les 24 heures. Je recommande, cependant, de ne pas dépasser la dose de 0,10 centig. pour la première injection, afin de tâter la susceptibilité de l'enfant. Mais je répète que j'ai toujours vu cette médication très bien tolérée. Quand la température est élevée, les bains tièdes sont très utiles.

— M. le Professeur Moussous (de Bordeaux) formule ainsi la règle à suivre :

1° User du sérum antidiphthéritique dès le

diagnostic clinique, ne jamais attendre le résultat du diagnostic bactériologique, user du sérum toutes les fois que le diagnostic bactériologique indique la diphthérie, même si les apparences cliniques ne font pas songer à la diphthérie, — de même en user malgré le résultat négatif du diagnostic bactériologique si, cliniquement, on est conduit à craindre la diphthérie.

La première injection sera de 20 c.c. et dans les 24 heures, nouvelle injection de 10 c.c.

2° Le traitement local doit accompagner les injections de sérum. La crainte d'empêcher par l'action des collutoires la fonte facile des fausses membranes ne paraît pas fondée.

Le traitement local est le seul moyen d'action sur les autres agents pathogènes associés aux bacilles de la diphthérie et leur rôle au point de vue des complications peut être prépondérant. Le nettoyage de la gorge doit toujours être fait avec douceur. Les badigeonnages sont pratiqués avec le collutoire suivant :

Acide salicylique..........	1 gramme.
Acide borique..............	1 gramme.
Alcool.....................	9 grammes
Glycérine..................	ãã 50 grammes
Eau........................	

Dans l'intervalle des badigeonnages, irrigations de la gorge à l'eau boriquée.

— MM. le Professeur Filatow (de Moscou), Masséi (de Naples), Concetti (de Rome), ont à peu près complètement supprimé le traitement local.

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat de l'arrondissement d'Ussel.

Monsieur et très honoré Confrère,

J'ai le plaisir de vous annoncer la constitution d'un nouveau syndicat, le *Syndicat médical de l'arrondissement d'Ussel.*

Déjà en 1887, un syndicat général des médecins de la Corrèze avait été institué et j'eus l'honneur d'être secrétaire-trésorier de cette association. Malheureusement, l'éloignement, les difficultés de communication rendirent nos réunions difficiles et peu nombreuses et si le syndicat médical de la Corrèze vécut un peu plus que les roses, il n'en eut pas moins une existence éphémère.—Nos confrères de Brive, à l'extrémité sud du département, se syndiquèrent alors entre eux et cette association, depuis plusieurs années qu'elle fonctionne, a donné les meilleurs résultats au point de vue professionnel. En juillet dernier, le président du syndicat de Brive provoqua une réunion des médecins de la Corrèze à Tulle. Il fut décidé, en principe, que chaque arrondissement formerait un syndicat particulier et que les syndicats Corréziens seraient agrégés entre eux.

J'ai été assez heureux pour arriver à la constitution du syndicat d'Ussel et, en juillet dernier, un banquet réunissait dix confrères sur dix-huit exerçant dans l'arrondissement et *quatorze adhésions.*

Le bureau nommé pour deux ans a été ainsi constitué :

Président: Docteur Calary.
Vice-Président : Docteur Monylond.
Secrétaire-Trésorier : Docteur E. de Masson de Saint-Félix.
Membres : Docteurs Colomby. Soullier, Ferets, Vialle, Viallon, Louradour, Thomas Duris, Dumay, Gondounèche, Binet, Verdeau, Offdis.

Je vous serais reconnaissant, Monsieur et très honoré confrère, de vouloir bien signaler la création de ce nouveau syndicat dans le prochain bulletin du *Concours*.

Veuillez agréer, etc.

Dr E. de Masson de Saint-Félix.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4434. — M. le docteur Deville, du Havre (Seine-Inférieure), présenté par M. le docteur Sorel, du Havre.

N° 4435. — M. le docteur Deronde, du Havre (Seine-Inférieure), présenté par M. le docteur Sorel du Havre.

N° 4437. — M. le docteur Le Garrec, de Lorient (Morbihan), membre de l'Association des médecins du Morbihan.

N° 4438. — M. le docteur Martin, de Lamballe (Côtes-du-Nord), membre du Syndicat des Côtes-du-Nord.

N° 4439. — M. le docteur Richard, de Termignon (Savoie), membre de l'Association amicale des médecins français.

N° 4440. — M. le docteur Robert, de Marcillat-d'Allier (Allier), membre de l'Association des médecins de l'Allier.

N° 4441. — M. le docteur Piot, du Coteau (Loire), présenté par M. le Directeur.

N° 4442. — M. le docteur Kopp (Léon), de Jouy-sur-Morin (Seine-et-Marne), présenté par M. le Directeur.

N° 4443. — M. le docteur Munot, de Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire), membre de l'Association des médecins de Saône-et-Loire.

N° 4444. — M. le docteur Darras, de Saint-Omer (Pas-de-Calais), présenté par M. le docteur Decléty, de Wizernes (Pas-de-Calais).

N° 4445. — M. le docteur Bauxis-Lagrave, d'Aulnay-les-Bondy (Seine-et-Oise), membre de l'Association amicale des médecins français.

N° 4446.— M. le docteur Seytre, de Grasse (Alpes-Maritimes), membre du Syndicat des médecins de Nice.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Rocques, de Chartres (Eure-et-Loir), et Bodeau de Niort (Deux-Sèvres), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 3 20 JANVIER 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'hôpital aux indigents.

Tous les journaux parisiens nous ont conté, récemment, l'histoire de ce marchand de vins, qui porta huit jours une fracture du bras, sans avoir pu obtenir qu'un des chirurgiens de Saint-Louis appliquât, sur la lésion, le pansement gratuit, autant que fait de main de maître, que réclamait le conseiller municipal du quartier.

Et la presse s'en est donnée, à pleines colonnes, manifestant son indignation contre l'interne de la voiture d'ambulance, le service de nuit à l'hôpital, le service des consultations, etc., etc...

Jusque là, rien de bien extraordinaire. Nous avons acquis, nous médecins, une telle habitude de ne pas nous émouvoir, devant ces levées de porte-plumes compétents, que celle-ci eût passé a peu près inaperçue, si certains détails de l'incident n'avaient pris une sérieuse signification.

— Parlons d'abord de la voiture d'ambulances requise ainsi, sans plus de cérémonies, pour un blessé de situation *aisée*, qui se casse *le bras chez lui* ! — Si le service a été créé pour des cas de ce genre, il faut convenir que c'est une des plus bizarres inventions de notre fin de siècle.

Quelle promptitude dans les secours, quand, à chacune des portes voisines, il eût suffi d'un coup de sonnette pour avoir un médecin ! Le blessé eût été pansé avant que la voiture ait fait la moitié du parcours.

Premier sujet de stupéfaction, pour nous autres praticiens de village, qui sommes toujours tentés de tomber en extase devant les merveilleuses organisations de la capitale.

— En voici un second.

Le blessé avait fait grise mine à la voiture et à l'interne, à la perspective de coucher à l'hôpital, pour y trouver, le lendemain matin, la consultation et le traitement d'un Maître. Les jours suivants, toujours *pas remis*, il rencontre un médecin du voisinage. « Diable ! lui dit le confrère, ne restez pas en cet état, retournez là-bas et obtenez l'appareil sauveur ! » Avec une candeur parfaite, nous avouons que, devant la conviction de l'urgence, et sans crainte de déchoir, par une sorte d'offre de services, nous eussions dit : « Mais pourquoi aller à l'hôpital, mon ami, puisque vous n'êtes pas indigent ? Le premier médecin venu peut faire le nécessaire, et l'Assistance ne vous recevra pas chez elle. »

Tous nos confrères de Paris se seraient-ils spécialisés à tel point qu'une vingtaine seulement d'entre eux traitent les fractures du bras ? — Continuons.

Les plus fins limiers du reportage ont suivi les pérégrinations du blessé à l'hôpital, depuis la consultation, jusqu'au fond des services de chirurgie. Ils ont ainsi interviewé M. Legueu, M. Richelot, et de nombreux internes, leur demandant comment pareil incident avait pu se produire.

Croyez-vous que ces Messieurs leur aient répondu que, si le blessé n'avait pas laissé trace de son passage, c'était sans doute parce que, étant de situation aisée, il n'avait pas été reçu au milieu des pauvres ? Ce serait une étrange

illusion. — Les reporters nous racontent que leurs interlocuteurs sont tout simplement tombés à bras raccourcis sur l'Assistance publique, comme si une affaire de ce genre avait été du ressort de celle-ci.

Et voilà où on en est à Paris.

Public, journalistes éducateurs de la population, médecins de quartier, médecins d'hôpital, conseillers municipaux, seraient-ils arrivés à considérer que la réduction d'une fracture du bras, chez une personne de situation aisée, ne doit se faire que de la main d'un chirurgien des hôpitaux ! Et à l'œil, s'il vous plaît !

C'est tellement possible que, notre marchand de vins, ayant dû, en fin de compte, recourir à la voie onéreuse (comme dit un journal) c'est un chirurgien des hôpitaux qui a été appelé près de lui. L'histoire ne dit pas si le conseiller municipal a réglé ses honoraires.

Que de leçons en ce simple fait divers !

Nous laissons à nos lecteurs le soin de les dégager toutes. Nous espérons aussi que le journal le *Matin*, qui a fait l'enquête, reproduira, en vue du triomphe du bon sens, ces modestes réflexions.

H. J.

LA SEMAINE MEDICALE

Intubation laryngée dans le croup.

D'après la thèse du Dr *Chatelin*, de Lille, l'intubation du larynx est l'intervention de choix dans le traitement opératoire du croup, mais les avantages de cette opération ne doivent cependant pas en faire oublier les difficultés opératoires, les accidents et les complications, qu'il est nécessaire, au contraire, de bien connaître pour éviter, dans la pratique, des surprises souvent désagréables.

L'intubation ne devra être pratiquée que, s'il y a indication tout à fait formelle à l'intervention et après emploi, sans résultat, des différents moyens médicaux, qui peuvent permettre d'éviter une opération qui n'est « qu'un moyen de gagner du temps, de prolonger la vie du malade jusqu'au moment où l'action du sérum sera devenue efficace et pourra le sauver ».

L'intervention décidée, les manœuvres opératoires seront pratiquées avec dextérité, sang-froid, rapidité et douceur.

On cherchera à éviter la production d'ulcérations de decubitus, par l'emploi judicieux d'un tube bien calibré en rapport avec les dimensions du larynx, et en se souvenant qu'il y a grand intérêt à ne pas prolonger trop longtemps son séjour dans l'organe.

Les enfants atteints d'œdème sous-glottique ou de laryngite diphtérique post-rubéolique, réclament, à ce point de vue, une attention toute spéciale.

L'opéré doit être, de la part de l'opérateur, l'objet d'une surveillance *étroite et constante*.

La pratique de l'intubation dans ses diverses modalités nécessite une certaine compétence technique et une connaissance clinique approfondie du croup : ne jamais pratiquer l'intubation, si l'on veut éviter de graves mécomptes, sans s'être préalablement exercé au manuel opératoire, et initié à la surveillance de l'enfant tubé.

Etre en outre toujours prêt à pratiquer la trachéotomie, pour le cas où celle-ci se trouverait indiquée par une circonstance fortuite.

Digitale et théobromine.

M. le Dr *Lemoyne*, de Vernon, a consacré sa thèse au parallèle de la digitale et de la théobromine, d'où il résulte qu'on a, dans la théobromine, un agent médicamenteux dont on ne se sert pas assez. La théobromine n'a certainement pas d'action directe sur le cœur, comme la digitale et n'agit que secondairement ; mais elle constitue un diurétique vrai, qui agit directement sur l'épithélium rénal, ne demande au cœur aucun effort et soulage cet organe en amenant la disparition rapide des œdèmes. Elle a donc des indications nombreuses, là même où souvent la digitale est contre-indiquée.

C'est ainsi que dans les maladies orificielles,

FEUILLETON

Nos Maîtres

Les incidents de la vie, les tracas et les misères de notre profession, nous mettent parfois en contact avec ces hommes éminents que nous qualifions du beau nom de « Maîtres ». Les idées préconçues que nous en avons, le faux jour sous lequel nous les avons vus, pendant le cours de nos laborieuses études, influent sur notre état d'esprit et notre jugement.

A nos yeux, la science profonde qu'ils ont acquise, et dont témoignent tous les journaux et les feuilles médicales, ne va pas sans les qualités et vertus primordiales qui, seules, font de l'homme un être supérieur.

Nous les supposons bons, dévoués, généreux. Il en est ainsi, du moins pour le plus grand nombre ; mais, il est, aussi, des exceptions. Les premiers illustrent la profession médicale par leur savoir, sans cesse mis à l'épreuve et toujours victorieux ; leur bonté, leur désintéressement la couvrent d'un éclat incomparable, dont nous bénéficions, nous, modestes médecins de campagne. Quand, parfois, il nous est donné de les approcher, nous gardons un souvenir exquis de leur urbanité, de l'esprit de bonne confraternité qui les anime. Ont-ils à examiner un de nos malades, ont-ils à tendre la perche à un Esculape en détresse, menacé de s'enliser, ils s'y prêtent de la meilleure grâce, ils réconfortent le patient et le médecin. L'un et l'autre retournent dans leur village, ravis des attentions délicates du Maître. La confiance du malade, pour son médecin habituel, en est accrue ; celui-ci s'en est revenu conseillé, guidé et encouragé.

Les autres, heureusement peu nombreux, sont des mercantiles, égarés dans la carrière médicale. Leur savoir, si réputé soit-il, ne rehausse pas le prestige de la profession. L'âpreté du gain qui les caractérise, dépasse leur virtuosité, au lit du malade où à la table d'opération. Les richissimes banquiers peuvent seuls faire appel à leur science ; pour les humbles, il ne saurait en être question. Ces gens-là ont un tarif inamovible, invariable, la moindre concession leur paraîtrait une déchéance.

Pour eux, le confrère, qui les côtoie, qu'ils sont exposés à rencontrer tous les jours, c'est l'ennemi. Le confrère de province n'existe pas pour eux ; s'il est en contact avec eux, ils le dédaignent. Malheur à lui, si un de ses malades tombe entre leurs mains.

la digitale a ses contre-indications et ses causes d'insuccès, dont la principale est la myocardite ; la digitale, le médicament antiasystolique par excellence, peut même échouer dès les premières crises. Il faut lui substituer, alors, la théobromine. Celle-ci n'occasionne pas de malaises aux cardiaques.

Lorsque, à une lésion quelconque du cœur, s'ajoute une lésion rénale, en particulier dans la sclérose cardio-rénale, l'effet général de la digitale et spécialement ses propriétés diurétiques sont infidèles et presque toujours insuffisants. Il faut le plus souvent, alors, lui substituer la théobromine, qui assure la diurèse sans détriment pour le rein et qui soulage le cœur en désencombrant la circulation périphérique.

— Enfin, au cours de l'insuffisance rénale, pour lutter contre l'urémie imminente ou déclarée, on obtiendra un succès plus certain et plus durable en joignant à la saignée locale ou générale, qui ouvre le rein, l'emploi de la théobromine qui réveille et active le fonctionnement de l'épithélium rénal.

Dans les néphrites la théobromine détermine parfois des malaises d'intensité variable, mais que l'on évite, en commençant par des doses réduites, qui renseigneront sur la tolérance du malade.

Le théobromine, qui est insoluble, se prend en cachets : La dose habituelle varie entre 2 et 3 grammes.

Si l'on suppose qu'il n'y a pas de lésions rénales notables, on peut donner 3 grammes d'emblée ; lorsqu'il y a néphrite, il vaut mieux commencer par 2 grammes et réduire encore cette dose, si un état avancé peut faire craindre des accidents d'intolérance.

Les cachets de 0 gr. 50 seront pris à des intervalles réguliers, et chaque fois le malade boira quelques gorgées de lait, qui rendront l'action du médicament moins sensible à la muqueuse gastrique.

La théobromine a pu être absorbée pendant un mois et plus, sans inconvénients. En règle générale, il faut la supprimer dès qu'il n'y a plus d'œdème.

Vomissement périodique chez les enfants.

M. le Dr *Solelis*, de Paris, étudie dans sa thèse un phénomène assez embarrassant pour les cliniciens et qui consiste dans des vomissements périodiques, survenant chez des enfants habituellement bien portants.

Les enfants chez lesquels on observe le vomissement périodique, sont des uricémiques ou des neuro-arthritiques. C'est à un excès d'acide urique qu'il faut attribuer les crises paroxystiques dont ils souffrent.

Il faut combattre la diathèse elle-même plutôt que l'accès. On y arrive par une alimentation choisie et bien réglée et une hygiène sévère.

Les kystes hydatiques du foie chez l'enfant.

Les kystes hydatiques du foie chez l'enfant, dit M. le Dr *Guilaine*, de Paris, dans sa thèse, sont plus fréquents qu'on ne le pense généralement.

L'âge le plus fréquemment atteint est de huit à quinze ans ; le jeune enfant, qui ne participe pas de la nourriture commune, n'est pas atteint.

Le sexe est indifférent, comme chez l'adulte, si l'on envisage un nombre suffisant d'observations.

Parmi les symptômes, on note la fréquence relative du frémissement hydatique, les troubles digestifs et respiratoires, enfin l'urticaire ; l'ictère s'observe aussi un peu plus souvent que chez l'adulte.

Le frémissement hydatique a été expliqué par différentes théories ; plusieurs de nos cas semblent venir à l'appui de la théorie de Boinet et Davaine admise par Segond.

La durée de la maladie est difficile à préciser et la terminaison variable. Les kystes peuvent se rompre, migrer vers le thorax, les organes de l'abdomen ou l'extérieur ; ils peuvent suppurer, bien que le fait soit rare.

Le diagnostic peut être plus ou moins difficile, suivant le degré d'évolution et le siège de la tumeur. Dans un cas, l'erreur fut faite avec un abcès de la paroi thoracique.

Son traitement sera pulvérisé et sa réputation profondément atteinte.

Il y a quelques années, je fus appelé auprès d'une riche malade, « rara avis », atteinte, pour cause d'ovaro-salpingite, de métrorrhagies incoercibles. Un traitement des plus sévères, rigoureusement suivi, scrupuleusement exécuté, n'amena pas la moindre amélioration. Je proposai, en conséquence, la consultation d'un maître en chirurgie. Le mari, grand lecteur de réclames et de journaux spéciaux, se réserva le soin de le choisir.

Celui-ci décréta que l'extirpation des organes lésés pouvait seule sauver la vie, passablement compromise, de ma malade. Comme elle gardait un bon souvenir des soins que je lui avais donnés, elle manifesta le désir de me voir assister à l'opération. Je ne pouvais refuser, malgré le rôle absolument inutile, ou plutôt encombrant, que j'y devais tenir. N'est-il pas vrai que les salles d'opération nous deviennent peu à peu étrangères, alors même que jadis nous y fûmes fervents et assidus ?

Le Maître me fit l'insigne faveur de m'inviter à déjeuner. J'ânonnai quelques vagues remerciements et finalement j'acceptai. Ma barbe en broussaille, mon ulster jauni par la pluie et les mauvais temps, mes souliers ferrés, plus habitués à écraser la boue, le crottin et la bouse de vache, que les tapis fourrés, l'intuition des fissures nombreuses survenues dans ma mémoire, la crainte d'être relégué au rang des modestes et peu estimés *bénévoles*, tout cela me rendait confus, me gênait et faisait de cette invitation acceptée, une véritable contrainte pour moi.

Il serait puéril de croire que, pendant toute la durée de ces agapes confraternelles, la conversation plana dans les hauteurs inaccessibles de la science pure. Opérateur, aides et comparse descendirent beaucoup plus bas et s'occupèrent d'intérêts plus positifs. J'en profitai pour prier mon cher Maître de réclamer pour moi, en sus de ses honoraires, évalués à six mois de mes recettes, la modique somme de cent francs. Je fis remarquer qu'elle équivalait, à peine, à mon absence et à mes frais de déplacement ; et enfin, j'indiquai les raisons qui, par une sorte de délicatesse, facile à concevoir, m'empêchaient de m'adresser au mari.

De retour chez moi, j'attendis, pendant un an, la manne promise. Ennuyé de ne voir rien venir, craignant, dans ma simplicité, un oubli bien excusable de la part du maître, je me résignai, enfin, à lui écrire, non sans de nombreuses et longues hésitations. Deux jours après je reçus la réponse sui-

Le traitement, pour lequel on a proposé successivement tant de méthodes, se réduit aujourd'hui à deux : la ponction et l'incision. Les accidents causés par la première, semblent aujourd'hui suffisants pour la faire rejeter.

Albuminurie gravidique et éclampsie.

Nous ne cessons de répéter, dans nos articles et dans nos observations, combien il est important d'examiner ou de faire examiner les urines des femmes enceintes, même lorsqu'elles ne présentent aucun symptôme morbide.

Une récente observation montre combien nous avons raison d'insister sur cette nécessité ; nous la résumerons en quelques lignes. Une primipare de 28 à 29 ans fit analyser ses urines vers le 7e mois, malgré l'absence absolue de tout symptôme pathologique. Aucune trace d'albumine ne fut constatée. Le mois suivant, survinrent de l'insomnie et de la bouffissure générale ; par négligence, l'urine ne fut pas analysée de nouveau. Enfin, l'accouchement arriva environ 10 à 12 jours avant l'époque prévue. Tout se passa bien ; une sage-femme assista la parturiente et n'eut pas à intervenir. L'enfant était petit et malingre, le placenta un peu volumineux ; aucune hémorrhagie, aucune complication n'apparut. Cependant, le 3e jour, subitement, la malade fut prise dans son lit d'hallucinations, de céphalée violente, puis de vomissements et de convulsions cloniques sur la nature desquelles, il n'y avait pas à se méprendre. C'était de l'éclampsie post-partum.

Les crises durèrent huit à dix jours et nécessitèrent l'emploi du chloroforme, du chloral, des lavements et purgatifs drastiques. L'analyse de l'urine révéla des flots d'albumine.

La guérison survint et l'albuminurie céda au bout de 5 semaines au régime lacté et au lactate de strontium.

Il faut retenir de cette observation que l'albuminurie gravidique ne peut guère être connue que si l'on prend la précaution d'analyser les urines ; l'insomnie persistante et surtout la bouffissure de la femme enceinte peuvent faire soupçonner l'existence de l'albuminurie ; enfin, l'examen de l'urine s'impose au minimum tous les mois, pendant la grossesse et la découverte de l'albuminurie impose la mise au repos absolu et l'institution du régime lacté complet.

L'alcoolomanie.

MM. *Broca*, *Sapelier* et *Thibault* ont communiqué, récemment, à l'Académie leurs recherches expérimentales sur le sérum d'animal alcoolisé (antiéthyline). Ils ont constaté que, dans l'intoxication chronique par l'alcool, il y a une période latente, pendant laquelle, avant de produire les lésions de l'alcoolisme chronique, l'alcool agit uniquement à titre de poison du système nerveux.

Pendant cette période, l'alcool, comme les autres poisons du système nerveux, ne manifeste son action que par deux signes : l'accoutumance et le besoin.

Ainsi considérée, l'intoxication alcoolique se calque sur l'intoxication morphinique : du fait de ce rapprochement avec la *morphinomanie*, on peut appeler *alcoolomanie* cette période latente de l'intoxication alcoolique chronique.

Un certain nombre d'expérimentateurs (Roux, Borel, Beredska, Fubini, Gioffredi, Arnozan) ont trouvé que, comme les poisons microbiens, certains poisons non microbiens d'origine animale, végétale ou minérale, surtout ceux auxquels l'organisme s'accoutume facilement, développent dans le sang des substances antitoxiques ou stimulines de Metchnikoff. Chacune de ces stimulines, injectée avec le sérum dans un autre organisme, le met en état de plus grande résistance à l'égard du poison correspondant.

L'analogie entre l'action de l'alcool et celle de la morphine sur le système nerveux d'une part, les expériences faites avec les poisons non microbiens, d'autre part, ces auteurs ont poussé à faire avec l'alcool les expériences faites par d'autres avec la morphine.

On a pu produire, chez le cheval, l'accoutumance à l'alcool, absorbé de bon gré par la voie buccale.

---

vante que j'ai gardée à titre de document et que je transcris, avec une scrupuleuse fidélité :

Mon cher Confrère.

Monsieur X.... m'a soldé la note des honoraires qui m'étaient dus, quinze jours après l'opération ; je suis surpris qu'il ne vous ait pas encore désintéressé. X.

Ajouter le moindre commentaire serait superflu. Inutile, également, de dire que j'en fus pour mon voyage et mes frais de déplacement.

Autre affaire :

Mon fils fut atteint d'une affection que je croyais incurable. Bourrelé d'inquiétude à son sujet, je résolus de le faire examiner par un spécialiste. Muni de plusieurs adresses, je hissai mon rejeton dans un vulgaire sapin et je me rendis auprès de l'homme le plus en vue. Il était absent ; je crus devoir attendre Au bout d'un quart d'heure, un superbe coupé, qui contrastait avec mon humble fiacre, s'arrêta devant la maison. Le maître entra, en coup de vent, dans les salons, faisant claquer les portes. J'esquissai un obséquieux salut et expliquai le but de ma visite. Je fus bref, pas assez cependant au gré du seigneur du lieu. Il vit en moi un quémandeur et, avant que j'eusse achevé, m'interrompit pour me faire remarquer qu'on l'attendait depuis la veille pour une consultation, et qu'enfin j'arrivais à une heure indue. Il était deux heures de l'après-midi.

Et il partit, me laissant bouche bée. Je gage que si je n'avais pas décliné, dès l'abord, mon titre de médecin, il n'en aurait pas été ainsi. Comme un vulgaire croquant de province, au lieu de mendier une consultation, je l'aurais payée deux louis, ce qui eût été préférable.

Stupéfait d'une pareille réception, je pris mon fils par la main, et, baissant la tête devant le valet de pied, pour lui cacher ma confusion, je donnai une nouvelle adresse au cocher. Ce fut encore une déception : le Maître était à la campagne.

Vers quatre heures de l'après-midi, ma guimbarde me déposa devant le domicile, le palais, devrais-je dire, de la troisième des gloires médicales inscrites, par ordre de préférence, sur mon carnet. Sa grandeur était en visite, en tournée fructueuse ; je me disposai à attendre son retour. Je happai cette Eminence au passage et j'insistai tant que j'eus enfin ma consultation... gratuite.

Depuis lors, des consultations gratuites, j'en donne tous les jours, je n'en demande jamais.

LE HURON.

Son sang a fourni un sérum qui, injecté à des animaux ayant pris préalablement l'habitude et même le goût de l'alcool, a produit chez ces animaux un dégoût tel de l'alcool, qu'ils ont préféré s'abstenir de boisson ou de nourriture, plutôt que de continuer d'absorber de l'alcool.

On pourrait appeler antiéthyline la substance, inconnue et non définie, contenue dans le sérum recueilli dans ces conditions

Il nous a été impossible de provoquer, chez les animaux, aucun accident local, général ou toxique, par l'injection sous-cutanée même de doses excessives de ce sérum.

Les essais cliniques, faits chez des buveurs ou alcoolomanes, ont confirmé les résultats expérimentaux obtenus sur les animaux.

L'alcoolomane traité par l'antiéthyline, perd le goût de l'alcool, des boissons fortement alcoolisées comme l'absinthe, l'eau-de-vie, le rhum, il peut même en avoir le dégoût et en perdre l'accoutumance. Il conserve le goût du vin, il retrouve l'appétit, les forces.

L'action de l'antiéthyline semble bornée à la période latente de l'intoxication alcoolique chronique, que l'on a appelée alcoolomanie ; jusqu'à présent elle s'est montrée impuissante à faire rétrocéder les altérations organiques dues à l'action de l'alcool.

MÉDECINE PRATIQUE

Valeur séméiologique du point de côté.

Quel que soit l'âge et quelle que soit la circonstance où l'on éprouve une douleur persistante dans le côté, on ne tarde pas, en général, à être pris d'inquiétude sur sa signification et à éprouver le besoin de consulter un homme de l'art.

C'est, en effet, par milliers que les médecins peuvent compter les malades qui leur sont venus en consultation pour un point de côté.

Multiples sont les maladies qui se manifestent par les points de côté et nombreuses sont les erreurs de diagnostic commises à la suite d'examens incomplets.

Tout d'abord, quelles sont les affections qui produisent le point de côté ? et qu'est-ce que le point de côté ?

Tout point de côté est une névralgie intercostale, ou pleuro-phrénique, ou bien une ostéo-périostite costo-vertébrale. Les affections qui provoquent ce symptôme sont : la névralgie intercostale idiopathique, arthritique ou rhumatismale, la névralgie toxique saturnine, alcoolique ou tabagique, la névralgie traumatique (contusion, efforts, déchirures), le zona intercostal, la pleurésie, la pleurodynie, la congestion pulmonaire, la pneumonie, la bronchopneumonie, la tuberculose pulmonaire, le pneumothorax, l'apoplexie pulmonaire, la péricardite, la dyspepsie, la dilatation stomacale, l'anévrysme aortique, les cirrhoses et les tumeurs du foie ou de l'estomac, les kystes hydatiques, les colites, l'appendicite, les gaz intestinaux, les parasites intestinaux, les tumeurs abdominales, les hernies, les varicocèles, l'hydronéphrose, les pyélo-néphrites, les lithiases biliaires et urinaires, les rhumatismes de la paroi, les cancers du sein, de l'estomac, du foie, du rein, les splénomégalies, l'infection paludéenne, les ostéo-périostites tuberculeuses des côtes ou des vertèbres, le mal de Pott, les furoncles, anthrax, abcès cutanés, la grossesse et les kystes ovariques.

La longue énumération que nous venons de faire montre combien d'hypothèses diverses doivent se présenter à l'esprit du clinicien quand le malade atteint de point de côté se présente à lui.

Nous passerons en revue avec quelques détails les principes indispensables à observer pour faire sûrement et rapidement le diagnostic étiologique réel de la douleur intercostale signalée.

A. — En même temps que l'on invite le malade à montrer sa langue, on lui tâte le pouls attentivement ; on examine la coloration des téguments, ainsi que les conjonctives oculaires, les ailes du nez, les mouvements respiratoires, l'attitude du malade, le timbre de sa voix et le rhythme de sa parole.

On sait ainsi que le sujet a une affection fébrile, un état gastrique plus ou moins accentué, un ictère (catarrhal ou néoplasique), une maladie accompagnée de dyspnée, un désordre circulatoire quelconque. Le malade raconte alors les commémoratifs du point de côté et indique s'il a eu un traumatisme initial : coup, chute, effort en tombant ou en soulevant un poids, ou encore en toussant ; ou, au contraire, il signale un frisson initial violent et des vomissements, ou bien plusieurs petits frissons, une progression insensible de la douleur, de l'insomnie quand il se couche sur le côté douloureux, des paroxysmes de souffrance, une brûlure à la peau, etc.

B. — Le second acte du médecin doit être de faire déshabiller le malade et de découvrir entièrement la peau du thorax. Immédiatement, plusieurs diagnostics pourront être faits :

1° le zona intercostal (herpès zoster) se manifeste par un ou plusieurs groupes de vésicules d'herpès *hémithoraciques* ;

2° Les furoncles, anthrax, abcès cutanés se reconnaissent à la simple inspection ;

3° L'ostéo-périostite costo-vertébrale et le mal de Pott apparaissent nettement au regard et se diagnostiquent, le plus souvent, très aisément par une saillie osseuse rouge ou violacée ;

4° La fracture de côtes est reconnaissable à l'immobilisation de la moitié du thorax intéressée, à l'ecchymose, à la crépitation que provoque la palpation ;

5° La grossesse, les tumeurs abdominales, les affections du sein (tumeurs, kystes, abcès) sont faciles à dépister par la palpation ;

6° L'ictère accompagné de tuméfaction du foie, de dilatations veineuses pariétales, indique que le point de côté est dû à une cirrhose hypertrophique du foie, à un kyste, à un néoplasme ;

7° Enfin, la douleur intercostale siégeant à gauche peut provenir d'une affection de l'estomac que l'on reconnaîtra à l'état saburral de la langue, à l'émaciation des muscles abdominaux, à la douleur épigastrique.

C. — En troisième lieu, le clinicien doit *percuter* les différentes régions du thorax (sternum, cœur, vaisseaux, poumons, bronches et plèvres, foie, estomac). La percussion indique immédiatement s'il s'agit d'une pleurésie, d'un foyer de pneumonie, de congestion, d'apoplexie pulmonaire, d'une péricardite, d'une affection hépati-

que. La pleurésie est la maladie qui réserve le plus de pièges et de surprises : elle est souvent latente et ne s'annonce pas fréquemment par de la dyspnée, des frissons et des vomissements. Une simple percussion thoracique bien faite suffit cependant pour la dépister ; et il importe de ne pas laisser cette grave affection inaperçue. — La péricardite est aussi fort scabreuse à reconnaître du premier coup ; la percussion sert grandement à déceler l'épanchement péricardique, par la constatation d'une zone de matité précordiale. — La submatité présternale peut faire soupçonner une dilatation anévrysmale aortique. La submatité thoracique, dans la région du point de côté, peut indiquer l'apoplexie, la congestion pulmonaire, le pneumothorax ou même la caverne tuberculeuse.

La tuberculose pulmonaire au début donne lieu parfois à des phénomènes douloureux intercostaux que la percussion servira à ramener à sa véritable origine.

La percussion de l'estomac fait reconnaître la dilatation de l'estomac, ou du côlon transverse ; la constatation d'une zone étendue de matité hépatique amène à penser qu'il s'agit d'une tumeur, d'un kyste ou d'une cirrhose.

D. — L'auscultation est le suprême moyen d'investigation que l'on doit employer. Il révèle la majorité des causes du point de côté : *pneumonie*, souffle tubaire, râles crépitants ; *pleurésie*, souffle doux, absence de murmure vésiculaire, égophonie, pectoriloquie aphone ; *congestion pulmonaire*, foyer de crépitations et de râles sous-crépitants avec respiration rude ; *apoplexie pulmonaire*, foyer de râles fins humides et caverneux, souffle caverneux ; *dilatation bronchique*, *tuberculose*, signes d'induration ou de ramollissement pulmonaire, dont nous n'avons pas ici à différencier la valeur et la signification ; *pneumothorax*, bruits hydroaériques, souffle amphorique, tintement métallique.

Au cœur, on perçoit les frottements propres à la péricardite sèche ou l'absence de bruits cardiaques dus à l'épanchement intra-péricardique. Aux artères, on peut trouver les souffles systoliques ou diastoliques des anévrysmes, le susurrus, le frémissement cataire ; enfin, l'auscultation jointe à la palpation et à l'inspection révèle l'existence de voussures fort importantes : voussure produite en avant par la péricardite, voussure d'un anévrysme, voussure de l'épanchement pleural, ou, au contraire, dépression du côté de la pleurésie chronique, œdème de la paroi dans la pleurésie purulente, émaciation des parois dans la tuberculose pulmonaire.

Le diagnostic de la gangrène, de l'apoplexie, de la congestion, de la bronchectasie, de la bronchopneumonie et de la tuberculose, nécessite encore une série de recherches : tout d'abord, il faut voir les crachats, putrides dans la gangrène, rouillés dans l'apoplexie, un peu rosés ou sanglants dans la congestion, fétides et évacués en bloc dans la bronchectasie, mucopurulents dans la bronchopneumonie, nummulaires et flottants sur l'eau dans la tuberculose. De plus, l'étude des signes fonctionnels et des commémoratifs s'impose : le traumatisme ou l'affection aiguë fort longue précède la gangrène, l'affection cardiaque ou néoplasique produit l'apoplexie, le simple refroidissement amène la congestion, les affections bronchiques fréquentes sont souvent suivies de bronchectasie ; enfin la bronchopneumonie succède à un état cachectique provoqué par la rougeole, la coqueluche, la sénilité, la grippe. La tuberculose s'accompagne d'amaigrissement, de sueurs nocturnes, de troubles dyspepsiques, d'insomnie, de quintes de toux opiniâtres, et se rencontre de préférence chez les blonds vénitiens, chez les sujets faisant abus du vin, chez les prédisposés par débauche, ou par hérédité.

L'élimination est terminée. Il ne reste qu'à faire coucher le malade pour pratiquer la palpation du cœcum, de l'appendice et de la fosse iliaque pour rechercher une appendicite possible ; il faut explorer le foie, l'estomac, le côlon transverse, les reins, l'abdomen tout entier et l'utérus, pour se rendre compte de la possibilité d'une tumeur gastro-hépatique, d'un déplacement rénal, d'une hydronéphrose, d'une grossesse, d'un fibrome ou d'un néoplasme cancéreux utérin.

E.—Ce n'est qu'après cet examen compliqué et détaillé que l'on pourra penser à une névralgie idiopathique et toxique ou à un rhumatisme de la paroi, quand tous les organes explorés auront été trouvés sains.

La différenciation du rhumatisme et de la névralgie se fait aisément par l'exploration directe de la région douloureuse à même la peau. La névralgie suit nettement le trajet du nerf intercostal et s'annonce par 3 points à exacerbation douloureuse : point vertébral, point costal, point sterno-costal.

Le rhumatisme est plus diffus et les zones douloureuses sont vagues, sans localisations précises aux points précédemment cités.

Au point de vue étiologique, il faut songer d'abord à la diathèse arthritique, à l'hystéro-nervosisme, puis aux intoxications saturnine, alcoolique, nicotinique.—Un simple interrogatoire suffira souvent pour cela ; la profession même du malade suffit pour éclairer la question ; toutefois, on fera bien d'examiner l'état des veines et des articulations, les stigmates nerveux, zones d'anesthésie (hystérie), les tremblements (alcool, tabac), les troubles trophonévrotiques de la peau et du squelette.

De guerre lasse, lorsque l'on n'aura rien trouvé pour échafauder un diagnostic, lorsque le malade aura été reconnu simplement dyspeptique et constipé, on pourra attribuer la douleur intercostale aux gaz intestinaux ou à des parasites helminthiques du tube digestif.

Naturellement, les traitements que comporte le « point de côté » doivent être entièrement subordonnés à la nature de l'affection qui le produit. Sans doute, le stypage, le siphonage, les frictions aux liniments opiacés et chloroformés, les sinapismes Rigollot, les injections de morphine, les pointes de feu, peuvent momentanément atténuer la douleur violente, mais ils ne constituent que des traitements symptomatiques, sans action permanente.

Pour avoir raison du point de côté du zona, il faut recourir à la morphine ; pour faire céder le point produit par les furoncles, abcès, ostéites, il faut le baume d'acier ; contre le point de la pleurésie, il faut le repos, les vésicatoires et la ponction ; contre celui de la pneumonie, il

faut les ventouses scarifiées ou les sangsues ; contre celui de la tuberculose, il faut les pointes de feu ou les badigeonnages au gaïacol huileux (p. e.) ; contre celui des lithiases, seule la morphine réussit ou bien les cataplasmes laudanisés.

C'est contre les névralgies simples que le salicylate de méthyle et les liniments donnent le plus de succès ; contre les névrites saturnines, il faut les bains et les douches sulfureuses ; chez les syphilitiques, ne jamais oublier le traitement spécifique iodo-ioduré mercurique.

Enfin, dans les névralgies intercostales rebelles, l'hydrothérapie, douches, maillots froids et le massage, donnent de réels succès.

On peut recourir aussi aux eaux minérales sulfureuses ou aux sources peu minéralisées antinervosiques.

L'électricité statique et l'électricité galvanique sont à appliquer dans les névrites toxiques et dans l'herpès zoster tenace.

Dr Paul HUGUENIN.

PRESSE ALLEMANDE

Les injections sous-conjonctivales.

D'après Mellinger (*Zeitsch. f. Augenheilkunde*, Berlin 1899), il est possible, au moyen d'injections sous-conjonctivales, d'activer la résorption des produits morbides de la cornée et de l'intérieur de l'œil. Les solutions de sublimé possèdent cette propriété ; mais elles sont douloureuses, et amènent l'oblitération de l'espace sous-conjonctival. L'auteur leur préfère les solutions de sel de cuisine, qui n'ont pas tous ces inconvénients. On n'a encore pu s'assurer, d'une façon expérimentale ou clinique, si ces substances médicamenteuses, injectées sous la conjonctive, parvenaient dans l'intérieur de l'œil. Mellinger pense qu'elles agissent en activant la circulation lymphatique.

Le régime lacté exclusif, dans le diabète sucré.

Winternitz et Strasser (*Centralbl. f. innere Med.*, 1899) ont établi récemment qu'on pouvait, par une cure de lait, sinon faire disparaître complètement le sucre, du moins diminuer son excrétion dans de notables proportions, chez les diabétiques. L'albuminurie diminue également et peut même cesser complètement. On trouve alors de l'acétone dans les urines. Quelques cas ont été guéris d'une façon radicale par le régime lacté.

La bronchoscopie directe, pour les corps étrangers du poumon

Cette méthode d'investigation a été décrite par le Prof. Killian (*Wien. Med. Woch.*, 1900). La bronchoscopie directe se pratique au moyen d'un spéculum convenablement éclairé, long et en forme de tuyau ; elle permet de voir en ligne directe l'intérieur des ramifications de l'arbre bronchique ; pour cela, il faut, au moyen des tubes qu'on enfonce dans les bronches principales, redresser leur trajet oblique, afin de les amener dans le prolongement de ces tubes.

La bronchoscopie est facilitée par une trachéotomie préalable. On penche la tête du malade suffisamment sur le côté, afin de pouvoir plus aisément introduire par la plaie trachéale un tube long et droit. On élimine la toux réflexe par des badigeonnages avec une solution de cocaïne de 10 à 20 %. C'est la bronchoscopie inférieure.

Plus difficile est la bronchoscopie supérieure, car il faut suffisamment refouler en avant les parties molles de la base de la langue, ce qui n'est guère possible que sous le chloroforme, à moins que chez les enfants encore jeunes, où ces parties molles sont plus dépressibles, on cocaïnise, au préalable, le larynx, la trachée, et les bronches principales. Le tube s'enfonce, guidé par un mandrin et par le doigt. Grâce à l'anesthésie locale, le malade ne sent presque rien lorsqu'on redresse de la sorte ses bronches, d'ailleurs très élastiques. Quand le tube est en place, il arrive au niveau du 3e ou 4e espace intercostal ; l'auteur a vérifié sa position avec les rayons Röntgen. On éclaire les tuyaux avec une lampe électrique.

Grâce à ce procédé ingénieux, on peut examiner la paroi intérieure des bronches principales ; avec un bon éclairage on voit la division des bronches de 2e et 3e ordre et leurs ramifications collatérales. Pour bien s'orienter, il faut avoir une notion anatomique suffisante sur la structure du poumon.

La bronchoscopie est surtout utile pour la recherche des corps étrangers. L'auteur s'en est servi avec succès dans quatre cas.

Un garçon de 4 ans avait aspiré un haricot. On notait de la dyspnée, une immobilité respiratoire du côté droit du thorax ; la toux réveillait quelquefois un bruit de clapet. A cause de la dyspnée intense il ne fallait pas songer à la bronchoscopie supérieure. On pratique la trachéotomie sans anesthésie. Au moment de l'ouverture de la trachée une quinte de toux amena le haricot au niveau de la plaie ; mais il retomba dans la profondeur avant qu'on n'ait pu le fixer. On produisit la toux par excitation de la muqueuse, mais le haricot ne remonta plus. Par la bronchoscopie inférieure on voit un corps étranger noirâtre qui occupe l'orifice de la bronche principale droite. Avec un crochet suffisamment long, on passe entre la paroi et le corps du délit, et on retire le haricot.

Dans un autre cas, l'auteur a pratiqué la bronchoscopie supérieure. Il s'agissait d'un vieillard qui, 4 mois 1/2 auparavant, avait accidentellement aspiré un fragment d'os dans ses voies respiratoires. Il y avait de la dyspnée, une toux opiniatre jour et nuit, et une obscurité respiratoire dans le lobe moyen du poumon droit. Après anesthésie générale, l'auteur introduisit au travers de la glotte un tube long et mince, jusque dans la bronche droite principale, dont il aperçut les divisions. Sur sa paroi se trouvait un corps blanchâtre, entouré de bourgeons charnus. Il parvint à le retirer avec un crochet, recourbé dans la direction voulue. La respiration reparut ; il n'y eut plus ni toux, ni dyspnée.

En raison des grands dangers occasionnés par le séjour prolongé des corps étrangers, dans les bonches il est toujours indiqué de pratiquer leur extraction après avoir fait la bronchoscopie. S'il y a dyspnée intense il faut une trachéotomie préalable. La bronchoscopie supérieure, en effet,

serait trop dangereuse, en pareil cas, étant donné le grand apprentissage qu'elle nécessite, pour être bien faite. On la réserve aux cas de corps étrangers déjà anciens.

La bronchoscopie est une méthode appelée à rendre de grands services dans ces cas ; elle est supérieure, en effet, à la radioscopie par les Rayons X, qui ne décèle que les corps opaques. En outre, elle permet de localiser les corps étrangers, et facilite leur extraction. Elle est aussi mille fois préférable à la pneumotomie, pratiquée souvent sans résultat.

Le traitement de l'hypérémie cérébrale

Le Dr Sehrwald (*Wien. Méd. Woch*) publie quelques remarques intéressantes sur le traitement de l'hypérémie cérébrale, à propos d'un malade auquel il a prodigué ses soins.— En juillet 1899 un cultivateur, âgé de 21 ans, de constitution robuste, présente une série de symptômes analogues à ceux du coup de chaleur. Après un travail excessif, par une journée très chaude, cet homme éprouva une oppression violente ; sa sécrétion sudorale se tarit brusquement, et il tomba sans connaissance, en proie à des contractions cloniques des bras et des jambes. Le pouls n'était pas accéléré, mais à peine perceptible, (58 puls.) Quand on parlait à très haute voix au malade, il ne répondait pas, ou ne poussait qu'un grognement incompréhensible. La figure était très congestionnée. La température n'était que de 36°4 C. Il y avait du refroidissement des extrémités. Les pupilles, très dilatées, réagissaient très mal à la lumière. Les secousses cloniques se généralisèrent bientôt à tout le corps, avec une exagération marquée dans le côté gauche ; elles duraient 1/2 minute et faisaient place pour quelques secondes à des contractions toniques. Pendant les secousses cloniques, la respiration était très faible, même imperceptible ; puis elle devenait profonde, s'accélérait peu à peu, et une nouvelle crise se produisait.

Il s'agissait vraisemblablement d'une forte hypérémie cérébrale, avec un ralentissement marqué de la circulation dans la boîte cranienne. Il en résultait un affaiblissement des fonctions psychiques ; cet état retentissait également sur le centre respiratoire, sur celui de la dilatation pupillaire, et sur les régions motrices corticales. Cette congestion encéphalique, avec laquelle coïncidait la rougeur de la face, semblait due à une dilatation vasculaire : elle était encore favorisée par l'extrême faiblesse des contractions cardiaques.

On fit, sans résultats, des applications froides sur la tête, des frictions et des lotions chaudes snr le corps ; on mit le long des membres des cruches remplies d'eau bouillante. Pendant une heure 1/2 on essaya des inhalations d'éther, l'excitation mécanique de la région précordiale, la respiration artificielle ; malgré cela, la respiration et la circulation se faisaient de plus en plus mal.

Les indications à remplir étaient évidentes. Il fallait combattre l'hypéremie cérébrale, sans enlever de sang au corps ; la saignée générale était à rejeter, à cause de la grande faiblesse cardiaque ; la saignée locale à cause du mauvais fonctionnement du centre respiratoire.

On essaya alors le procédé suivant : la partie inférieure du tronc, et les deux jambes furent enveloppées dans deux draps de lit, trempés au préalable dans de l'eau bouillante ; par-dessus on enroula encore des couvertures de laine, afin de réchauffer rapidement cette partie du corps et d'y appeler le sang. La peau de cette région devint rapidement rouge, et se couvrit d'une sueur abondante. Les contractures musculaires cessèrent aussitôt, et 1 minute 1/2 apres, le malade ouvrit les yeux, et reconnut pour la première fois les personnes qui l'entouraient : sa connaissance persista dès lors d'une façon définitive. L'effet de cette thérapeutique avait été frappant.

Il ne subsista de ce malaise qu'une forte envie de dormir. Mais dès que le malade commença à sommeiller, il cessa de respirer, et il fallut pendant quelques instants faire la respiration artificielle. On dut le maintenir éveillé, pendant deux heures environ. Au moment où le malade avait repris connaissance, son pouls s'était relevé, et sa température était remontée à 37°4 C. Il éprouva encore quelque fatigue pendant 2 ou 3 jours.

Il était utile de connaître cette thérapeutique si simple, afin de pouvoir l'employer en pareil cas, quand les autres moyens ont échoué.

Dr George.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et les médecins.

Le médecin est considéré, par la loi du 9 avril 1898, dans plusieurs rôles différents : au début et dès la déclaration de l'accident, il est appelé à donner un certificat sur l'état de la victime et les suites probables de l'accident (Art. 11). Au cours de la procédure, il peut être chargé de renseigner le juge sur le blessé (Art. 13). Enfin, l'art. 4, relatif aux soins médicaux et pharmaceutiques, s'occupe du médecin traitant qui soigne le malade.

Il faut examiner, à ces différents points de vue, comment la loi peut toucher aux intérêts professionnels du corps médical.

DU CERTIFICAT MÉDICAL.

Tout accident ayant occasionné une incapacité de travail, doit faire, dans les 48 heures, l'objet d'une déclaration au maire : « *Il y est joint*, dit l'art. 11 § 2, *un certificat de médecin indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident, et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaitre le résultat définitif.* »

D'après la loi, c'est le patron qui doit déclarer l'accident, et c'est au patron seul qu'est imposée l'obligation de produire le certificat (*Rapport de M. Ricard à la Chambre des Députés*). C'est donc le patron qui met en œuvre le médecin; il en résulte que c'est lui qui choisit le docteur et qui doit le rémunérer.

Le médecin, ainsi choisi, n'a aucun mandat de justice : il est sollicité par le patron qui se trouve devenir, pour ce fait, son client ; il a le droit de refuser son ministère ; s'il l'accorde, la rémuné-

ration due par le patron est fixée de gré à gré ; en cas de désaccord, elle serait l'objet d'une demande en justice, formée par le docteur, contre le patron, son client, et le juge compétent fixerait l'honoraire d'après ses appréciations, ou d'après les prix ordinairement alloués dans la région pour un examen de ce genre.

Si la loi n'oblige pas l'employé ou ouvrier blessé, à produire un certificat médical, elle ne lui interdit pas de le faire. Si donc le blessé croit devoir se munir d'un pareil certificat, c'est lui qui chosira son médecin et qui devra le payer. L'honoraire sera fixé de la même manière que ci-dessus.

En principe, le médecinqui délivre un certificat à l'ouvrier ne peut réclamer son honoraire qu'à cet ouvrier. Cependant, si le patron n'avait pas produit de certificat médical, nous pensons que le médecin, qui en donne un à l'ouvrier, accomplit une obligation mise par la loi à la charge du patron et peut s'en faire payer par celui-ci. Même lorsque le patron a produit, de son côté, un certificat médical, le juge de paix pourrait le condamner à payer le certificat donné à l'ouvrier, s'il pensait que ce deuxième certificat a été utile à l'instruction de l'affaire ; mais, si le juge ne le dit pas, le deuxième certificat est à la charge de l'ouvrier seul.

Le certificat est écrit sur papier non timbré (Art. 29). Mais pour éviter toute difficulté avec l'enregistrement, le médecin fera bien de mentionner sur son certificat qu'il s'agit d'un accident du travail ou de la loi du 9 avril 1898.

Du médecin expert.

Lorsque le certificat médical ne paraîtra pas suffisant, l'art. 13 porte que le juge de paix peut désigner un médecin, pour examiner le blessé, au cours de l'enquête. Bien que la loi ne le disé pas expressément, il est certain que, conformément au droit commun, le tribunal civil a la même faculté, pour les affaires de sa compétence. Dans les deux cas, le médecin commis a le même caractère : il est expert. Sa mission lui sera indiquée par la décision même des magistrats qui le désignent. Elle consistera, d'une manière générale, à donner son avis sur les conséquences de l'accident, parfois même sur ses causes. C'est dire que le domaine de l'expertise est très vaste.

Le médecin est commis par justice : il n'a plus pour client l'un ou l'autre des plaideurs : il tient son mandat des juges. Les règles ordinaires des expertises lui seront applicables : il pourra refuser la mission ; s'il l'accepte, il devra prêter serment, à moins qu'il n'en soit dispensé par toutes les parties. Sa réponse aux questions posées prendra la forme d'un rapport. On pourrait pourtant, pour diminuer les frais, dans les affaires peu compliquées, l'appeler à déposer simplement comme témoin.

Le rapport devra être enregistré ; mais, d'après les art. 22 et 29, il est couvert par l'assistance judiciaire. Il en résulte que le papier ne sera pas timbré ; l'enregistrement aura lieu gratis, d'après les mêmes textes.

Comment le médecin sera-t-il payé ? Conformément à l'art. 14 de la loi du 22 janvier 1851 sur l'assistance judiciaire, l'avance des honoraires de l'expert est faite par l'administration de l'enregistrement. Le médecin devra d'abord faire taxer ses honoraires ; cette taxe est faite par le juge de paix, quand c'est ce magistrat qui a commis l'expert, et par le président du tribunal, quand l'expertise est ordonnée par le tribunal.

La taxe sera établie selon le tarif civil et non selon le tarif criminel, comme le Ministère des Finances l'a autrefois prétendu. La solution que nous donnons est celle du Ministère de la justice : elle est suivie en jurisprudence. (Voyez à ce sujet notre *Traité théorique et pratique de l'Assistanee judiciaire*, p. 180.)

Quand le médecin est commis par le juge de paix, le paiement sera fait par le receveur de l'enregistrement du chef-lieu de canton et, s'ils sont plusieurs, par celui qui enregistre les jugements de la justice de paix ; si l'expertise a été ordonnée par le tribunal, le paiement est effectué par le receveur des actes judiciaires du chef-lieu de l'arrondissement.

Du médecin traitant.

L'art. 4 s'occupe du médecin traitant dans les termes suivants : « *Quant aux frais médicaux et pharmaceutiques, si la victime a fait ehoix, elle-même, de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du eanton, eonformément aux tarifs adoptés, dans chaque département, pour l'assistance médicale gratuite.* »

Cette disposition, si elle était mal comprise, pourrait jeter quelque émoi dans le corps médical : il faut donc en préciser la portée exacte.

La loi ne porte aucune atteinte au principe général que le médecin a le droit de demander des honoraires à la personne qui fait appel à son ministère et que ces honoraires doivent être réglés de gré à gré ; sinon ils sont fixés par les tribunaux, d'après la nature des soins et les usages de la région.

Comme le législateur met à la charge du patron les soins médicaux, il suppose que c'est le patron qui choisira le médecin et le paiera suivant les conditions ci-dessus.

Mais la victime peut éprouver quelque défiance vis-à-vis du médecin désigné par son patron, ou, parfois, par une compagnie d'assurances. Aussi la loi ne lui interdit pas de choisir elle-même le docteur auquel elle se confiera ; seulement il était à craindre que le blessé, se faisant soigner aux frais du patron, n'abusât de la situation, pour engager des dépenses excessives. C'est à cette hypothèse seule que l'art. 4 veut porter remède : il prescrit que le patron appelé à *rembourser* les honoraires d'un médecin *qu'il n'a pas choisi*, ne sera tenu à ce remboursement que dans les limites des tarifs de l'assistance médicale.

Mais comme, dans ce cas, c'est la victime qui a fait appel au docteur et qui est ainsi devenue son client, elle devra naturellement le payer, dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire suivant un prix de gré à gré ou arbitré par les tribunaux.

L'application du tarif d'assistance médicale ne concerne donc pas les rapports du médecin avec son client, qui restent régis par le droit commun, mais seulement les rapports du patron avec son employé ou ouvrier, pour le remboursement des dépenses.

En résumé, le médecin, choisi par le patron, peut se faire payer par le patron dans les conditions ordinaires ; le médecin choisi par l'ouvrier peut se faire payer par l'ouvrier dans les mêmes conditions ; mais l'ouvrier, qui a aussi payé son médecin, ne peut se faire rembourser par le patron que dans les limites d'un tarif réduit.

L'article 4 laisserait donc intacts les droits du médecin. Cependant, il y touche dans un cas particulier, celui où l'ouvrier, après avoir fait appeler le docteur de son choix, ne le paie pas et n'est pas solvable. Dans ce cas, le médecin a bien recours contre le patron, mais ce recours ne sera que partiel, car il sera réglé par les tarifs de l'assistance médicale. Cette considération montre que le corps médical a intérêt à ce que des tarifs d'assistance médicale soient établis dans les départements où ils n'existent pas, et à ce que ces tarifs ne descendent pas au-dessous des limites équitables.

Henri Simon,
Docteur en droit, Conseil du Syndicat médical de Versailles.

N. D. L. R. Nous avons tenu à publier cette consultation précise et complète. Elle n'apporte peut-être pas d'éléments d'appréciation nouveaux, mais elle fixe, avec la plus grande netteté, les points qui intéressent le médecin dans ses rapports avec les victimes des accidents du travail et les personnes qui ont charge légale d'en fournir réparation.

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Syndicat médical de Nice.

M. le D[r] Bermondy, président du Syndicat de Nice, nous avait fait part, en 1898, de la naissance de cette Société, et nous lui avions envoyé nos félicitations et nos bons souhaits.

La circulaire suivante, qu'il adressait récemment à tous les médecins de la région, prouve, qu'en 18 mois, le Syndicat a fait preuve de la plus grande activité, et tout porte à croire que ses efforts seront couronnés de succès.

SYNDICAT MÉDICAL
DE NICE — *Nice, le* 18 *décembre* 1899.

Siège social: CRÉDIT LYONNAIS

Monsieur et honoré Confrère,

Depuis sa constitution définitive, le Syndicat médical de Nice, convaincu de sa propre utilité et confiant dans son extension future, s'est livré sans relâche à l'étude de nombreuses questions professionnelles qui intéressent plus particulièrement les médecins de Nice.

Après une existence de plus de dix-huit mois, le Bureau, arrivé à la moitié de son mandat, juge opportun de rappeler aux médecins syndiqués et de faire connaître en même temps à tous les médecins de Nice, les principales questions qui ont été traitées dans les diverses assemblées générales, ainsi que les solutions qui sont intervenues. En voici, dans un résumé succinct la rapide énumération.

Stage.

1° Une modification importante a tout d'abord été apportée aux articles 5 et 6 des statuts qui avaient été justement critiqués : elle consiste surtout dans la suppression de la durée de résidence à Nice, fixée à deux ans et exigée pour les Médecins désirant leur admission dans le Syndicat. Pour faire acte de candidature, il suffit désormais d'adresser, au Président, une demande écrite portant la date de l'enregistrement du diplôme à la Préfecture, ainsi que l'adhésion aux Statuts. Le bureau se réserve néanmoins de statuer sur l'admission ou la non admission des candidats.

Règlement déontologique.

2° Suivant l'énoncé du § 2 de l'article 4, quelques règles sommaires de déontologie ont été adoptées après discussion. L'ensemble de ces règles constitue un petit code dont un exemplaire a été remis à chaque membre syndiqué.

Livre consultatif.

3° Le Syndicat a également voté l'adoption d'un *Livre consultatif*, destiné à contenir les noms et adresses des clients qui exploitent successivement et sans les rétribuer, tous les médecins de la ville. Ce livre est mis à la disposition des membres du Syndicat, pour qu'ils y puisent les renseignements utiles, relatifs à ces clients suspects et pour qu'ils y inscrivent eux-mêmes les noms de ceux de même catégorie dont ils auront eu à se plaindre personnellement.

Rapports avec les pharmaciens.

4° Une circulaire a été adressée à MM. les pharmaciens : par cette circulaire le Syndicat médical les engage à consolider les liens qui doivent unir les deux professions, à entretenir les meilleures relations de courtoisie réciproque et à sauvegarder ensemble les intérêts communs, chaque profession devant s'astreindre à ne pas franchir la limite de ses propres attributions, ni empiéter en aucun cas sur le terrain sacré de l'autre. Pas d'association spéculative illicite entre médecins et pharmaciens Le Bureau Syndical des pharmaciens a du reste pleinement approuvé les termes de cette circulaire.

Rapports avec les sages-femmes.

5° On s'est préoccupé aussi de rappeler aux sages-femmes, par une circulaire, qu'elles doivent absolument s'interdire de donner des soins aux femmes (en dehors des couches) et aux enfants, comme le font certaines d'entre elles qui ont été signalées au Bureau. Le Syndicat, tout en étant très disposé à appuyer les sages-femmes dans leurs revendications et à les soutenir contre les matrones, qui leur font concurrence, leur donne à entendre qu'il est résolu à poursuivre, devant les tribunaux, toute illégalité dans l'exercice de la médecine, d'où qu'elle vienne.

Exercice illégal.

6° L'exercice illégal de la médecine, qui se pratique à Nice sous les formes les plus variées, a spécialement attiré l'attention des membres du Bureau. En s'aidant d'un conseil judiciaire dont le concours lui est tout dévoué, le Bureau est parvenu déjà à faire prononcer une condamnation contre deux soi-disant médecins qui, sous le titre de docteur, exploitaient illicitement la clientèle. D'autres affaires de même nature sont, actuellement, en cours d'instruction. Le Syndicat poursuivra du reste énergiquement sa tâche dans cette voie et il espère enrayer par quelques exemples frappants, ce mouvement de piraterie, si préjudiciable aux intérêts de la corporation.

On oublie trop facilement qu'à Nice, nombre de

personnages innommables affichent impudemment des titres scientifiques ou médicaux dont ils se prévalent pour abuser de la crédulité publique au détriment des vrais titulaires. Les médecins eux-mêmes sont quelquefois dupes de ces belles apparences et acceptent un peu légèrement d'aller en consultation avec des pseudo-professionnels.

Aussi le Syndicat a-t-il cru utile dans sa dernière Assemblée générale, d'émettre, à l'unanimité des membres présents, un vœu tendant à condamner ces pratiques indignes de la profession. Ce vœu a été formulé ainsi qu'il suit :

« Le Syndicat Médical de Nice, dans son Assemblée générale du 24 novembre dernier, jugeant qu'il importe essentiellement que le corps médical de Nice soit mis en garde contre les charlatans habiles qui, sous des dehors corrects, affublés de titres pompeux, ne craignent pas d'appeler en consultation les vrais médecins, à l'unanimité des membres présents, a émis le vœu qu'à l'avenir les membres du Syndicat, ainsi que les médecins de la ville officiellement inscrits, refusent énergiquement toute consultation avec des confrères irréguliers ou non autorisés à exercer à Nice, sous peine de se voir eux-mêmes en toute circonstance privés du concours de leurs confrères.

Liste des médecins.

7° Pour faciliter la sélection et éviter toute méprise, le bureau a publié, tout récemment, une liste officielle de tous les médecins exerçant à Nice, dont il a fait parvenir à chaque pharmacien un exemplaire, pour qu'il soit placé en évidence dans son officine. Des exemplaires de cette même liste seront réservés aux médecins qui désireront en posséder,

Exercice de la médecine et de la pharmacie, simultanément.

8° L'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, par le même titulaire, a été l'objet d'une discussion intéressante, dans une séance des deux bureaux syndicaux médical et pharmaceutique, réunis. L'opinion générale a été qu'un médecin ou un pharmacien possédant les deux diplômes, ne doit pas exercer en même temps la médecine et la pharmacie. Cette question a ensuite été portée devant l'Assemblée générale du Syndicat médical qui, à l'unanimité des membres présents, a émis un vœu tendant à ce que la nouvelle loi régissant la pharmacie, et encore actuellement à l'étude, décrète par un article spécial l'interdiction de l'exercice simultané des deux professions. Ce vœu a été transmis à l'autorité compétente.

Les médecins d'hôpital nommés au Concours.

9° On s'est ému, dans le corps médical de Nice. de la façon, peut-être, un peu arbitraire, dont se font certaines nominations de médecins des hospices civils de la ville. Le Syndicat ne pouvait rester indifférent à cette importante question et, de son côté, pour couper court à toute récrimination et pour atteindre ce but que les fonctions de médecin des hospices, auxquelles s'attache un certain prestige, soient dévolues aux plus méritants, dans la dernière Assemblée générale, à l'unanimité des membres présents, a émis le vœu que l'administration des hospices civils de Nice établisse, sur des bases spéciales, répondant aux besoins locaux, un concours pour les places à donner à l'avenir aux médecins. Un rapport motivé et détaillé, sera à cet effet, présenté par un des membres du bureau syndical, qui a été chargé d'étudier à fond les conditions générales du concours. Le rapport sera ensuite publié. Ce vœu a été transmis à l'Administration des hospices.

Assurances-accidents.

10° Pour clore la série des travaux du Syndicat, il suffit, enfin, de mentionner les questions relatives aux compagnies d'assurances-accidents et celles qui se rattachent aux sociétés de secours mutuels. Leur étude, d'ailleurs très épineuse, se poursuit activement et le Bureau s'empressera d'en faire connaître plus tard tous les résultats pratiques.

Vous reconnaîtrez, Monsieur et honoré confrère, par ce court exposé qu'on vient de vous soumettre, combien sont multiples et complexes les questions qui touchent de près aux intérêts de notre profession. On ne saurait donc être trop nombreux pour poursuivre et mener à bonne fin l'œuvre si considérable du Syndicat, œuvre à laquelle tous les jours apportent de nouveaux éléments de travail et de recherches. Le bureau ne se lassera point dans sa tâche : mais, qu'on le sache bien, et on ne peut assez le répéter, ses fonctions, hérissées de difficultés, constituent un apprentissage laborieux. Aussi ne peut-il prétendre à des résultats utiles et durables, qu'autant que tous les membres syndiqués concourront individuellement à seconder son entreprise, par l'apport incessant de renseignements et de pièces documentaires, que leur activité leur fera trouver ou que les circonstances viendront leur fournir. Pour que cette œuvre confraternelle soit couronnée de succès, il faut essentiellement que chaque membre veuille payer de sa personne, dans la limite de ses moyens.

Si, de leur côté, les médecins de Nice veulent bien se persuader que, de la solidarité et de l'entente commune (que seul le syndicat peut assurer à tous) dépendent la satisfaction morale dans l'exercice professionnel et les avantages matériels qui en découlent, ils n'hésiteront pas à venir grossir les rangs de cette Association qui, quoi qu'on ait pu insinuer, n'est point une côterie, mais une collectivité libérale et largement ouverte à tous les confrères qui désirent y entrer. Elle n'a d'autre but que celui de sauvegarder, par tous les moyens légaux, les droits et les intérêts généraux de notre grande famille médicale.

Le Bureau estime que les résultats déjà obtenus, seront à la fois un encouragement pour les membres syndiqués et un puissant stimulant pour les autres confrères de la ville. Aussi compte-t-il que ces derniers voudront également s'associer à ses importants travaux et attend-il avec confiance leur demande et leur adhésion.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'assurance des sentiments sympathiques et confraternels du

Bureau du Syndicat de Nice.

REPORTAGE MÉDICAL

Le nouveau concours de l'internat. — La direction de l'Assistance publique publie l'avis suivant :

Le concours supplémentaire qui doit avoir lieu conformément à la décision en date du 29 décembre 1899 de M. le président du conseil, ministre de l'intérieur, entre les candidats ayant déjà pris part au concours de l'internat du 16 octobre 1899 et dont les copies ont été détruites, en tout ou en partie, à la suite de l'acte commis à l'hôpital Beaujon, dans la nuit du 28 au 29 novembre, sera ouvert le jeudi 1er mars 1900, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

Ces candidats, dont les noms suivent, sont invités à venir retirer, au secrétariat général, bureau du service de santé, à partir du 15 février 1900, le bulletin sur la présentation duquel ils seront admis à l'amphithéâtre :

Algret, André, Aribat, Aubertin, Aubourg, Barbier, Barbin, Barcat, Barthélemy, Beaujard, Berton, Edmond Bloch, Bonneau, Bouffier, Boyer, Braillon, Brelet, Brocard, Brunschwig, Cathala, Cauzard, Georges Claude, Courtellemont, Crépin, Damaye,

Denis, Dennessé, Dyonis, du Séjour, Duc-Dodon, Paul Fabre, Charles Fouquet, François, François Dainville, Gardner, Gennet, Georget, Gernez, Gougis, Guillaume-Louis, Guillemet, Guillemin.

Housselot, Hulleu, Julien Jamet, Jarvis, Landowski, Lecène, Leenhardt, Devassort, Liné, Lobligeois, Mahar, Marsoo, Martin, Mircouche, Morand, Morlet, Nathan, Pélicier, Perpère, Henri Petit, Pied, Préciado.

Maurice Renou, Gaston Renoult, René Roger, Rouet, Auguste Rousseau, Roussy, Tabary, Tessier, Thiollier, Tillaye, Trastour, Tridon, Verbeck, Viteman, Vitry.

Paris, le 8 janvier 1900.

Le Directeur de l'administration générale de l'Assistance publique,

Dr Henri NAPIAS.

Médecins experts. — Le *Journal officiel* a publié récemment le décret suivant :

« L'article 1er du décret du 21 novembre 1893 est modifié ainsi qu'il suit :

Au commencement de chaque année judiciaire et dans les 3 mois qui suivent la rentrée, les cours d'appel, en chambre du conseil, le procureur général entendu, désignent sur les listes de proposition des tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'expert devant les tribunaux. »

Le Club médical de Paris. — Le Club médical de Paris vient d'être définitivement fondé. Son but est d'entretenir, entre tous ses membres, des relations cordiales et suivies, basées sur l'estime et la confiance réciproques, de créer un centre professionnel ouvert aux membres du corps médical parisien et d'offrir une courtoise hospitalité aux médecins de province et de l'étranger, en déplacement temporaire à Paris,

Son siège est 5, avenue de l'Opéra, dans une dépendance particulière du Cercle national.

Peuvent en faire partie, tous les docteurs en médecine reçus dans une faculté française.

Le nombre de ses membres est illimité.

La présentation d'un candidat doit être faite par deux membres du comité.

L'admission est précédée de l'affichage 15 jours d'avance. Elle est prononcée par le comité, après enquête et rapport, à la majorité des 4/5 des membres présents ou représentés.

Des cartes spéciales seront délivrées, pour la durée de leur séjour à Paris, aux médecins de province et de l'étranger qui en feront la demande.

Un bureau spécial aura pour mission de prévoir et d'effectuer, à des prix convenables, la location et retenue des appartements pour les médecins visiteurs de l'Exposition, qui s'adresseront à lui.

Il fournira à ces médecins, pendant la durée de leur séjour à Paris, les renseignements professionnels et scientifiques sur les cours de Facultés ou autres, Services hospitaliers, Congrès médicaux, Sociétés scientiques et médicales, etc.

Pozzi, président ; de Ranse, Faisans, vice-présidents ; Doléris, secrétaire général ; Desnos, trésorier ; Chassevant, bibliothécaire ; Baudoin, Bouloumié, Boursier, Brissaud, Chervin, Chevallereau, Coudray, Durand-Fardel, Florand, Huchard, Jamin, Jullien, Laborde, Lataste, Lefèvre V.-Ch. ; Gérard-Marchant, Maygrier, de Molènes, Peyrot, Poyet, Richelot, Valude, membres du Comité.

Adresser toute demande d'admission au Dr Doléris, secrétaire général, 5, avenue de l'Opéra.

L'encombrement médical. — Le dénombrement des médecins, que vient de faire le ministère de l'intérieur, fait constater que le chiffre actuel est de 17.735, en augmentation sur l'année dernière de 1751.

Et ce n'est guère que le début d'une crise qui va s'accentuer dans d'effrayantes proportions.

Les récompenses académiques. — Dans la liste que nous avons publiée, nous avons omis de citer le *Rappel de médaille d'argent* obtenu dans le service de la vaccine par notre confrère de Bayonne, M. le Dr Breucq, membre du Concours et de la plupart de ses œuvres.

Bibliographie. — Vient de paraître :

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. CRINON, pharmacien de 1re classe, ex-interne lauréat, des Hôpitaux de Paris, Directeur du *Répertoire de Pharmacie* et des *Annales de chimie analytique*, 7e édition, chez MM. Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain. *Prix 4 francs.*

Continuant de se conformer au système qu'il a adopté dans le principe, M. Crinon a consacré peu de place aux subtances encore peu étudiées et ne paraissant pas destinées à un véritable avenir thérapeutique, et les développements dans lesquels il est entré ont été, en général, proportionnés à l'importance réelle ou présumée des médicaments.

XIIIe Congrès international de Médecine. Paris, 2-9 août 1900. Le Comité exécutif du Congrès a l'honneur de porter à la connaissance du Corps médical ce qui suit :

1° Une réduction de 50 % sur les chemins de fer français est accordée aux Membres du Congrès sur présentation d'une feuille individuelle qui sera envoyée directement à chaque Congressiste. La durée de validité de cette feuille sera de 1 mois du 25 juillet au 25 août.

2° Pour la question des logements, des arrangements ont été pris avec les principales agences de logements, et voyages de Paris. Pour tout renseignement s'adresser directement au Bureau du Congrès, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Pour s'inscrire comme Membre du Congrès, envoyer la cotisation de 25 francs et sa carte de visite au Trésorier du Congrès, le Dr Duflocq, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4448.— M. le docteur BARAU, de Saint-Leu (Seine-et-Oise), présenté par M. le directeur.

N° 4449. — M. le docteur CAILLOT, de Chessy-les-Mines (Rhône), présenté par M. le directeur.

N° 4450. — M. le docteur BOUCHER, de Quintin (Côtes-du-Nord), membre de l'Association et du Syndicat des Côtes-du-Nord.

N° 4451.— M. le docteur DEBACQ, de Verberie (Oise), présenté par M. le docteur Levassort, de Paris

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs EBRARD, de Nîmes ; FÉLICI, de Bastia ; DELBOURG, de Paris et CLÉMENT, de Fresnes (Meurthe-et-Moselle) ; membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **A. CÉZILLY.**

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 4 27 JANVIER 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Une source de conflits à propos de l'assuré hospitalisé.

Elle vient de surgir, la difficulté que nous avions aussi prévue et signalée, et à laquelle on ne voulait pas faire attention, parce qu'il y avait là, sans doute, une routine à changer, un problème à résoudre, un effort à faire.

Voici de quoi il s'agit, cette fois.

Les victimes des accidents du travail arrivent, de plus en plus nombreuses, dans les services hospitaliers de chirurgie. On les y porte tout droit, comme jadis dans les officines. Elles y sont admises sans ombre d'hésitation, pansées, conservées précieusement,.... aux frais d'une princesse ou d'une autre, ce qui ne nous regarderait qu'indirectement, comme contribuables, si ces abus ne portaient pas préjudice à l'intérêt professionnel et n'ouvraient pas la porte à mille conflits inutiles, entre confrères responsables, chacun sur leur terrain.

Quelques heures, en effet, après l'accident, le médecin du chef d'entreprise ou de la Compagnie d'assurances, se présente dans le service, avec mandat de rédiger les constatations faites sur le blessé.... par le chirurgien d'hôpital. Où va-t-il prendre ses renseignements, et les éléments du pronostic, demandé pour le certificat de déclaration ? — Il ne les aura que de seconde main, et certifiera souvent sur la parole d'un interne ou même d'un incompétent, s'il ne peut, soit se trouver à la visite du chef de service, soit juger *de visu*, en faisant enlever appareil ou pansement, ce qui est inadmissible.

On voudrait créer des niches à contestations, qu'on n'agirait pas autrement.

Il s'en produit, en effet, et très fréquemment, et de nature variée.

M. le Dr Issaurat vient de signaler, par exemple, la situation suivante, à la Société du IXe arrondissement. Nous lui laissons la parole.

Vous savez, Messieurs, qu'un médecin de Compagnie d'Assurances sur les accidents a, d'une façon générale, deux sortes de blessés à visiter :

1° *Ceux qui sont blessés par les assurés* ; en ce cas, le rôle du médecin consiste à constater le traumatisme et les suites probables.

2° *Ceux qui sont blessés au service des assurés* ; pour ceux-ci, le rôle du médecin de la Compagnie prend une plus grande importance. D'abord il doit donner ses soins au blessé ; ensuite, il lui faut, ainsi que l'exige la nouvelle loi sur les accidents du travail, rédiger un certificat constatant l'état du blessé, avec indication des conséquences possibles, et le remettre au patron, qui doit le joindre à la déclaration d'accident que la loi l'oblige à faire, au Maire de la commune ou de l'arrondissement, *dans les 48 heures*. Passé ce délai, le patron est passible de certaines pénalités.

Pour remplir ces fonctions, qui m'ont été confiées par une Compagnie d'Assurances, je suis appelé quelquefois à visiter les blessés, non chez eux, mais à l'hôpital où ils sont transportés. Dans tous les hôpitaux, j'ai reçu, de mes maîtres, l'accueil le plus bienveillant ; je me suis efforcé de le reconnaître et de continuer à le mériter, par ma courtoisie et ma discrétion.

Seul l'hôpital Lariboisière, l'hôpital qui doit, administrativement, recevoir les blessés du IXe arrondissement, m'est désormais fermé ; le Directeur m'en a interdit l'entrée, me donnant, comme dernière raison, que les règlements ne comprennent pas les médecins de Compagnies d'Assurances, au nombre des personnes admises à pénétrer dans l'hôpital.

Vous comprenez, Messieurs, combien cet ostracisme peut être préjudiciable, d'abord au blessé qui a tout intérêt à faire connaître au plus tôt son accident à la Compagnie responsable, pour l'indemnité ou les avances, qui ne peuvent lui être faites que d'après le rapport médical ; ensuite au patron qui, pour obéir à la loi, dans les 48 heures charge son médecin de remplir ce côté technique des formalités ; enfin, au médecin lui-même, qui se trouve dans l'impossibilité d'accomplir la mission qui lui a été confiée. Je viens donc vous demander conseil et appui au besoin.

A ce récit nos confrères se sont émus et ont résolu de chercher un remède à la situation.

Le Directeur de Lariboisière sera-t-il invité à lever la consigne qu'il a donnée ? Ce serait une satisfaction personnelle à M. Issaurat, mais rien de plus.

Pour nous, la question est celle-ci.

L'assuré blessé ne doit être conservé à l'hôpital, que si le médecin du patron ou de la Compagnie l'a demandé par certificat.

Que si, par exception d'urgence, il y a été reçu avant cette formalité, et n'en peut plus sortir, c'est le médecin d'hôpital qui doit rédiger et signer les constatations de blessures, et formuler le pronostic approximatif demandé. Lui seul a vu, lui seul sait, lui seul va devenir responsable du traitement, lui seul va exercer réellement la surveillance : conséquemment, lui seul, est qualifié pour fournir un certificat avec compétence.

Seulement, il faut que soins et expertise lui soient payés par les responsables, comme ils le sont au médecin de l'assurance, dans le cas de soins à domicile.

Quand les Compagnies sauront ainsi que l'admission à l'hôpital ne dispense nullement de verser des honoraires chirurgicaux et des indemnités de constatation ; quand, en même temps, l'Assistance publique aura fixé des prix de séjour plus élevés, pour ces blessés qui ne sont pas des *indigents*, l'application de la loi sur les accidents n'amènera que les hospitalisations strictement nécessaires.

Conséquence fatale : Ce que les médecins d'assurances perdront à ne plus certifier, au sujet des blessés à l'hôpital, ils le regagneront, et au-delà, en honoraires pour soins à domicile.

Et il n'y aura plus prétexte à conflits.

Nous connaissons plusieurs hôpitaux de province, où des membres du Concours ont fait adopter cette mesure si simple, dès que nous l'avons proposée. On s'en trouve très bien.

Seuls pourraient y perdre les médecins qui ont encore accepté de soigner à vil prix les assurés, et qui s'en déchargent alors sur l'hôpital, en ne gardant que le bénéfice des certificats.

Mais ceci est un petit commerce, que l'on ne peut mettre au rang des intérêts respectables, et dont il n'y a pas à entendre les doléances.

L'hôpital aux indigents ; le médecin d'hôpital seul responsable de tous les intérêts du blessé qu'il traite. Telles sont les deux formules qu'il nous paraît bon de faire prévaloir.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Formules pour l'emploi de l'eau chloroformée.

Dans une leçon publiée par la *Revue internationale de thérapeutique*, M. le professeur Pouchet recommande diverses formules pour l'emploi de l'eau chloroformée. Cette préparation constitue un excipient d'un goût agréable ; elle peut figurer, à titre d'adjuvant précieux, dans un assez grand nombre de potions et notamment de potions somnifères. C'est, de plus, un antiseptique ; elle joue le rôle d'agent conservateur, par rapport à un assez grand nombre d'alcaloïdes. A ce titre, on la substitue avec avantage à l'eau distillée de laurier-cerise, pour préparer les solutions d'alcaloïdes, qu'on se propose d'administrer par la voie hypodermique. Enfin elle

FEUILLETON

L'automobilisme médical

La question de la « *Locomotion Automobile* » à l'usage des médecins, est à l'ordre du jour. L'article que j'ai écrit ici même, sur le tricycle à pétrole, en 1897, m'a valu un grand nombre de lettres de confrères, auxquels je me suis fait un plaisir et un devoir de donner tous les renseignements désirables. Je sais que ce mode de transport a rencontré de nombreux partisans et que, nombreux aussi, sont ceux qui n'attendent qu'une occasion, pour substituer le moteur mécanique au cheval.

Depuis deux ans, *sauf pendant les mois d'hiver et les jours de mauvais temps*, je ne me suis guère servi que de mon tricycle. Beaucoup de satisfaction, beaucoup d'ennuis aussi, des « pannes » souvent intempestives, ont fortifié ma compétence en la matière et c'est le fruit d'une expérience déjà longue, que je livre à nouveau à la publicité.

Mon tricycle sort de la maison de Dion et Bouton ; c'est un modèle déjà ancien, avec jantes en bois et petits pneumatiques. J'ai, au commencement de cette année, remplacé le moteur trop faible de 1 cheval 1/4, par un moteur de 1 cheval trois quarts de force. Malgré cette amélioration, mon tricycle est évidemment inférieur aux modèles perfectionnés que différentes maisons ont mis en circulation, depuis deux ans. Je fais cette remarque pour indiquer que, si je me suis bien trouvé d'un véhicule un peu démodé, les propriétaires des genres les plus récents devront, *à fortiori*, n'en avoir que plus de satisfactions encore.

Ceci dit, j'étudierai d'abord l'*Economie* du tricycle automobile, et je supposerai que le médecin qui l'emploie, accomplit un parcours quotidien de 30 kilomètres, ou en moyenne, annuellement, de 10.000 kilom.

Pour ces 10.000 kilom. le moteur consommera environ 400 litres d'essence de pétrole (on compte 1 litre pour 25 kilomètres).

400 litres à 0,45 le litre.............. 180 fr.

L'huile qu'on emploie, dans le carter du volant, coûte 1 fr. 50 le litre. Il faut 0 litre 08 d'huile par 30 kilom. de marche, soit 26 litres par an.

26 litres à 1 fr. 50.................. 39 fr.

Le prix d'une batterie de piles électriques est actuellement de 20 francs. Chaque batterie fonctionne dit-on 400 heures ; mais ce chiffre est à mon sens exagéré. J'estime qu'on peut parcourir 3000 kilomètres avec la même batterie.

Il en faudra deux, trois par an ; afin de n'être pas au-dessous de la vérité, je supposerai qu'il faut quatre batteries à 20 francs, 80 fr.

La dépense de combustible, graissage et allumage, s'élève donc par an, au total à 299 fr. ; mettons 300 francs en chiffres ronds.

exerce une action analgésiante locale sur la muqueuse gastro-intestinale, quand elle est administrée *per os*. Dans ces mêmes conditions, l'eau chloroformée est un merveilleux agent d'antisepsie intestinale. On a souvent l'occasion de tirer parti de cette double propriété analgésiante et antiseptique.

Dans ces conditions, on peut prescrire :

1° Chlorhydrate de morphine...	0 gr. 02
Eau chloroformée saturée....	60 gr.
Eau de fleur d'oranger......	60 gr.
Sirop simple...............	30 gr.

M. — Pour une potion somnifère.

Cette solution est extrêmement stable : elle se conserve pendant un temps assez long. De plus, l'action du chloroforme vient s'ajouter à celle de la morphine, de sorte que cette préparation agit à la fois comme un somnifère et comme un calmant analgésique.

2° Bromure de potassium......	2 à 4 gr.
Eau chloroformée diluée....	100 gr.
Eau de fleurs d'oranger....	30 gr.
Sirop simple..............	20 gr.

M.

Dans cette mixture, l'action sédative, antispasmodique, du bromure de potassium, s'associe à l'action analgésiante de l'eau chloroformée.

L'eau chloroformée diluée s'obient en ajoutant son volume d'eau distillée à de l'eau chloroformée saturée ; elle renferme, par conséquent, 0 gr. 45 p. 100 de chloroforme.

Voici la formule d'une autre préparation dont l'emploi a été préconisé par M. de Beurmann ; elle s'adresse au cas où il y a lieu de combattre simultanément des douleurs et une hémorragie gastro-intestinale ; on y trouve associé le perchlorure de fer à l'eau chloroformée :

3° Solution officinale de perchlorure de fer.......	X à XX gouttes.
Eau chloroformée diluée	130 gr.
Eau de fleurs d'orangers	20 gr.

Dans cette association médicamenteuse, non seulement l'eau chloroformée apporte le concours de son action analgésique, elle neutralise encore l'action irritante de la solution de perchlorure de fer.

Pour l'administration du chloroforme par la voie buccale, on a eu également l'idée de mettre cette substance en suspension ou en émulsion dans l'huile. Il y est miscible en toutes proportions, mais il conserve ses propriétés irritantes, quand il est simplement mis en suspension dans un véhicule huileux. Il n'en est plus tout à fait de même, quand on opère le mélange d'une certaine façon, en y introduisant de la gomme arabique. Ainsi la mixture connue sous le nom de potion huileuse émulsionnée de Dannecy, qui est un mélange de cette nature, permet d'introduire du chloroforme en quantités assez considérables, dans le tube digestif, sans qu'il en résulte une irritation appréciable de la muqueuse gastro-intestinale ; elle a pour formule :

4° Chloroforme....................	5 gr.
Huile d'amandes douces.......	15 gr.
Gomme arabique pulvérisée	15 gr.
Sirop de gomme...............	30 gr.
Eau de fleurs d'oranger........	15 gr.
Eau distillée	100 gr.

M.

Pour que la préparation soit ce qu'elle doit être, il est indispensable d'opérer le mélange suivant certaines règles. Ainsi, il faut commencer par émulsionner la gomme arabique avec le double de son poids d'eau. On verse ensuite la solution de chloroforme dans l'huile, en ayant soin d'opérer le mélange par petites fractions et de triturer soigneusement. On mélange le tout, on malaxe avec soin et on ajoute à la masse le sirop de gomme, l'eau de fleurs d'oranger, et ce qui reste d'eau distillée. On obtient ainsi une émulsion très stable ; le chloroforme y figure dans un état de suspension très différent de celui dans lequel il se trouve, lorsqu'on l'émul-

---

L'entretien courant, comprenant le remplacement des pièces usées ou détériorées, se décompose ainsi :

Un petit pignon en fonte	3 francs.
Deux bougies d'allumage à 5 fr.........	10 »
Deux trembleurs à 3 fr................	6 »
Deux vis de contact à 3 fr 50..........	7 »
Un clapet d'échappement..............	10 »
Un clapet d'aspiration................	10 »
Deux enveloppes en caoutchouc........	50 »
Une chambre à air....................	15 »
Dissolution, toile gommée, caoutchouc.	10 »
Total...........	121 francs.

Ajoutons à ces dépenses :

Amortissement annuel du véhicule à raison de 10 % sur le prix d'achat (1800)	180 francs.
Frais de travail pour réparation, nettoyage, etc.....................	100 »
Imprévu............................	49 »

Récapitulation :

Dépense courante......................	300 francs.
Entretien.............................	121 »
Amortissement........................	180 »
Travail de réparations.................	100 »
Imprévu.............................	49 »
Total.......	750 francs.

Ces chiffres sont plutôt exagérés. En les prenant comme base d'appréciation, on peut se rendre compte néanmoins des avantages considérables du moteur mécanique, sur le cheval.

En outre, le tricycle à pétrole va deux fois plus vite environ que le cheval, n'est jamais fatigué, et ne dépense rien, quand il reste inactif, ce qui ne laisse pas que d'être très appréciable.

Le tricycle à pétrole présente-t-il des inconvénients ? Certes oui, mais ils ne sont pas, à beaucoup près, aussi nombreux que certains ont bien voulu le dire.

On a parlé de trépidations ; elles sont plus apparentes que réelles ; personnellement je n'en ai jamais souffert, et j'ai quelquefois parcouru plus de cent kilomètres, dans la même journée.

Le tricycle va difficilement dans les chemins de traverse et est impraticable par mauvais temps : pluie, neige, vent, etc. Ce sont les deux grands reproches que je me reconnais le droit de lui adresser. Il sera peut-être possible dans l'avenir, d'obvier à ces difficultés.

Parlons enfin des défauts de marche, cause d'arrêt, *pannes* de toutes sortes, qui irritent si fort les débutants.

En principe, on peut diviser les difficultés ou impossibilités de fonctionnement du moteur à pétrole, en deux catégories : 1° celles qui tiennent à un manque de prévoyance, à une ignorance des rouages, du mécanisme, etc., 2° celles qui dépendent du moteur lui-même.

sionne simplement dans de l'huile ou du jaune d'œuf ; une émulsion trop peu soignée peut, en effet, avoir de graves inconvénients, dans les lavements par exemple.

(*Journ. de Méd. et Chir. prat.*)

La syphilis cérébrale et son traitement

La syphilis cérébrale peut simuler les affections du cerveau les plus diverses ; il est même plus exact de dire qu'elle peut, non les simuler, mais les réaliser. Qu'une hémorragie cérébrale, en effet, dépende, non d'un anévrisme miliaire ordinaire, mais d'un anévrisme syphilitique, toute la différence est dans la cause, il n'y en a aucune dans la lésion. Il en est de même, quand un foyer de ramollissement survient à la suite d'une endartérite oblitérante spécifique, au lieu de succéder à un athérome vulgaire. Les gommes, soit de la convexité, soit de la base, sont une véritable tumeur cérébrale et en amènent naturellement tous les symptômes. Au niveau des méninges enfin, les lésions scléro-gommeuses ne constituent pas une véritable méningite. Leur symptômes ne seront-ils pas, suivant les cas, ceux de la paralysie générale, des hémorragies, et même, par suite, des poussées congestives, ceux des méningites infectieuses aiguës ? L'essentiel, pour la thérapeutique, est précisément de devancer cette période des lésions banales. Aussi cette étude portera-t-elle plus sur les accidents prémonitoires, que sur les formes confirmées de la syphilis cérébrale. Le diagnostic précoce est, en effet, la condition indispensable d'un succès thérapeutique complet.

*
* *

La syphilis cérébrale frappe rarement sans avertir. Ces accidents légers du début ont, quand on les connaît bien, une grande importance prémonitoire.

Au premier rang, il faut placer la céphalée. Celle-ci offre quelques caractères assez spéciaux. La douleur est profonde, siège dans l'intérieur du crâne ; c'est, dit Fournier, une encéphalalgie. Presque toujours, cette douleur n'est pas diffuse, elle est bien localisée sur un point spécial ; enfin, cette céphalée est intermittente : tolérable ou nulle le jour, elle s'exaspère et devient atroce vers le soir et surtout dans les premières heures de la nuit. Même à la période secondaire, cette céphalée résiste parfois au traitement mercuriel. Cette impuissance du mercure peut égarer le diagnostic. Mais, suivant la remarque très juste de Ricord, l'iodure de potassium, même à faible dosse, 0 gr. 50 par exemple constitue le véritable critérium thérapeutique : son action est d'une extrême rapidité.

A côté de la céphalée existe, presque toujours, une série de malaises d'ordre cérébral. C'est tout d'abord l'insomnie. Celle-ci fait rarement défaut. Elle tient en partie, mais en partie seulement, à la céphalée : elle peut, en effet, persister, après que toute souffrance a disparu. Elle s'accompagne d'une véritable inquiétude. M. Jules Simon insistait beaucoup sur ce malaise nocturne des syphilitiques. Dans le jour, le malade offre de la torpeur, de la somnolence ; il cherche ses mots ; il lit et écrit avec difficulté. Sa mémoire devient infidèle et surtout capricieuse. Le caractère se modifie : tantôt c'est l'indifférence, tantôt c'est l'irritation qui prédomine. Comme pour la céphalée, tous ces troubles fonctionnels s'améliorent très rapidement par l'iodure de potassium.

Plus caractéristiques encore sont les troubles divers, dans la sphère des nerfs craniens. Les paralysies et les parésies des muscles de l'œil sont particulièrement fréquentes. Elles sont incomplètes, transitoires, parcellaires. Tout, au début, se réduit à un peu de strabisme, de chute de la paupière, d'inégalité pupillaire, de diplopie. La parésie du nerf facial est également assez fréquente. La névralgie du trijumeau est,

---

Les premières sont les plus communes ; ce sont : une carburation défectueuse, un défaut de réglage du trembleur, un mauvais contact, une insuffisance de compressions ; il suffit d'être prévenu pour les éviter ou y remédier.

Les deuxièmes se subdivisent elles-mêmes en deux classes :

a) Accidents communs, facilement réparables sur place : ruptures de goupilles, guillotinage de clapets, brisure de bougies, etc. Avec un outillage convenable et les pièces de rechange que j'ai indiquées, si l'on ne craint pas de mettre la main à la pâte, on en vient à bout facilement, dans un temps relativement court.

b) Accidents rares : Pour les principaux accidents dont j'ai été victime : rupture de l'axe de la caisse d'allumage, rupture des dents aux pignons de commande de l'échappement, accidents au condensateur de la bobine, en 18 mois d'usage, c'est relativement peu et les ennuis qu'on éprouve de ce chef sont largement compensés par tous les agréments qu'on a pris ailleurs (1).

CONCLUSIONS

Dans une contrée non montagneuse et dont la voirie est en bon état, le tricycle à pétrole est un véhicule pratique et avantageux pour les médecins ruraux, à la condition essentielle, d'être prudent, de ne pas demander à sa machine plus qu'elle ne peut donner, d'être bien familiarisé avec tous ses organes et de la traiter avec la délicatesse qu'on appliquerait au mouvement d'horlogerie le plus compliqué.

Pour que l'automobilisme devienne tout à fait pratique, il faudrait qu'il permît de supprimer *complètement* cheval et voiture et j'ai dit que pendant la mauvaise saison, il faut remiser le tricycle. Aussi, je souhaite ardemment que les constructeurs munissent d'un moteur perfectionné des voiturettes à deux places qui soient à la portée de tout le monde. Il y en a bien déjà, mais elles sont encore sujettes à caution, et d'un prix très élevé.

Je considère que l'automobilisme est la locomotion de l'avenir, pour les médecins de campagne et je fais des vœux pour que 1900 nous dote d'un instrument de travail d'un prix raisonnable, d'une solidité reconnue et d'un maniement pratique et non interrompu.

30 décembre 1899.

Dr Duchenne,
Actuellement à Ferrières (Loiret).
Précédemment à Orbec.

---

(1) Pour citer mon exemple, je me suis servi, cette année, de mon motocycle, depuis le 4 avril et je l'emploie encore actuellement, quand le temps le permet. Je n'ai eu que quatre pannes, dont une seule sérieuse. En 9 mois, c'est peu, avouons-le !

elle aussi, très souvent syphilitique. C'est rarement la grande névralgie, telle qu'elle existe dans le tic douloureux de la face ; ce sont des souffrances sourdes, une sensation de fourmillements, d'engourdissement. Parfois le malade a l'impression bizarre d'un masque, d'une toile d'araignée posée sur un côté de la figure. La névralgie présente très souvent l'exacerbation nocturne.

Les troubles du côté des membres, fourmillements, engourdissement, parésie, sont, en général, plus tardifs. Cependant, l'épilepsie jacksonienne peut constituer un symptômie intial, dans les lésions de la convexité. Ces secousses unilatérales, ne s'accompagnant ni de perte de connaissance, ni d'émission involontaire d'urine, ni de chutes, doivent être distinguées de l'épilepsie vraie. Elles surviennent, d'ailleurs, à un âge déjà avancé, tandis que celle-ci débute dans l'enfance ou dans l'adolescence.

Presque toujours, enfin, les accidents graves de la syphilis cérébrale sont précédés d'un état général de dénutrition, sur lequel insistait tout récemment. à l'Académie de médecine, M. Morel-Lavallée. Anorexie, amaigrissement, pâleur, fatigue rapide, malaises neurasthéniques, annoncent l'atteinte profonde de l'organisme et le réveil de la syphilis.

Une dernière circonstance favorise encore le traitement, alors même que cette période initiale a été dépassée. Les premiers accidents graves sont rarement incurables. Même dans la forme la plus maligne, la forme comateuse initiale, la guérison spontanée peut survenir après quelques semaines. Mais, les rechutes sont fatales et inexorables, si le traitement n'intervient pas. De même, dans les périodes d'excitation psychique, de délire, qui précèdent la paralysie générale confirmée. De même, enfin, dans l'hémiplégie et l'aphasie. Toutefois, plus la syphilis se localise, plus elle tend à agir par le mécanisme d'une lésion artérielle banale, plus le risque de l'incurabilité devient grand.

Le traitement, dans la syphilis cérébrale, doit être mixte. Il est nécessaire de donner l'iodure et le mercure à doses aussi élevées que possible. Cette nécessité des doses élevées est absolue. Pratiquement, elle se heurte souvent à une difficulté assez réelle. Beaucoup de ces malades ont, en effet, une intolérance gastrique rapide, Julien a insisté sur la fréquence de la dilatation de l'estomac, chez les spécifiques atteints d'accidents tertiaires : il l'a trouvée chez 29 pour 100 d'entre eux. Or, l'intolérance gastrique se traduit par toute une serie d'accidents nerveux réflexes, vertiges, céphalée, névralgies, insomnie, assez difficiles à distinguer de ceux de la syphilis cérébrale au début. C'est surtout à cette période prémonitoire des accidents légers que l'embarras peut être grand. Le mieux est de s'adresser tour à tour à la syphilis et à la dyspepsie, de procéder par des périodes de traitement spécifique, coupées par des périodes de repos médicamenteux absolu.

Des deux médicaments spécifiques, l'iodure a certainement l'action curative la plus directe. Le mercure a, de son côté, le plus de valeur comme prophylactique : le traitement mercuriel est le moyen le plus puissant d'empêcher le retour si fréquent des accidents, une fois guéris. Dans les formes légères, on peut alterner les deux médicaments, en commençant par l'iodure : dans les formes graves, il faut d'emblée associer leur action.

Pour l'iodure, il est nécessaire d'atteindre des doses assez élevées, 6 à 7 grammes par jour. Fort heureusement ces doses massives sont en général bien tolérées. Elles exposent même moins que les doses faibles, de 0 gr. 50 à 1 gramme, aux petits accidents de l'iodisme : enchifrènement, congestion oculaire, enrouement, acné ; et il n'y a guère à craindre de grands accidents toxiques. Puche a pu atteindre, avec l'iodure de potassium, la dose de 70 grammes par jour.

Il est bien difficile de donner l'iodure autrement que par la bouche. Les injections hypodermiques sont douloureuses ; elles sont parfois suivies d'eschares. Les lavements sont bien tolérés, mais leur absorption reste aléatoire ; ils doivent être réservés pour le cas d'intolérance stomacale absolue. En général, d'ailleurs, l'iodure, à condition d'être donné au moment des repas et d'être largement dilué, fatigue peu l'estomac. On donnera trois fois par jour, aux trois repas, une ou deux cuillerées à bouche de la solution au dixième:

Eau distillée..........	200	grammes.
Iodure de potassium...	20	

La saveur de l'iodure est assez bien masquée dans la bière, dans un grog léger et surtout dans du lait.

Pour le mercure, au contraire, on emploiera presqu'exclusivement les frictions et les injections hypodermiques. De temps à autre on pourra pourtant donner une dose de 0 gr. 40 à 0 gr. 60 de calomel, plutôt comme dérivatif intestinal, que comme spécifique.

Pour les frictions, la dose sera de 5 grammes par jour d'onguent mercuriel double. Il est rare qu'elles puissent être prolongées plus de quinze jours à trois semaines. Le grand écueil, malgré les gargarismes antiseptiques, malgré le chlorate de potasse, est la salivation. Dans les formes méningitiques, il peut y avoir avantage à faire, de temps à autre, une friction sur le crâne rasé. En cas de coma, Mauriac indique même l'application d'un large vésicatoire, qu'on panse avec une pommade formée, à parties égales, de vaseline et d'onguent napolitain.

Les injections de calomel ont l'avantage de pouvoir être espacées. Faites tous les quatre jours dans les cas urgents, au début, elles pourront ensuite être faites tous les huit jours ou tous les quinze jours seulement. La formule la plus usuelle est la suivante :

Calomel à la vapeur.....	1	gramme.
Vaseline liquide.........	16	—

La première injection sera de 0 gr. 10 de calomel, dans les formes graves, mais il est sage ensuite de ne pas dépasser 0 gr. 05. La préparation doit toujours être de date très récente. Les préparations un peu anciennes, ayant même trois à quatre jours seulement, renferment souvent du sublimé ; elles deviennent très irritantes et très douloureuses.

L'huile biiodurée, préconisée par Panas, est moins douloureuse que les injections de calomel. Elle n'expose pas à des surprises toxiques. Elle est aussi efficace. Son seul désavantage est d'obliger à des injections quotidiennes.

Celles-ci sont faites chaque jour, pendant une quinzaine, interrompues, puis reprises. Chaque injection est d'un centimètre cube, renfermant 4 milligrammes de biiodure de mercure.

L'huile d'olive, qui sert de véhicule, doit être soigneusement purifiée et stérilisée. L'injection, pour être peu douloureuse, doit être poussée très lentement. Comme toujours, elle sera faite en plein tissu musculaire et avec une stricte asepsie.

Tous les autres moyens de traitement ne sont, à côté du traitement spécifique, que de purs accessoires. Le massage, la mobilisation méthodique, faciliteront pourtant la disparition de la paralysie. La faradisation peut elle-même être très utile ; mais, c'est à la condition qu'il n'y ait ni exagération des réflexes tendineux, ni tendance à la contracture. On emploiera des courants faibles, ne déterminant que de légères contractions musculaires et non de fortes secousses. Les séances seront courtes, de cinq minutes seulement, et seront séparées par un ou deux jours de repos ; elles seront interrompues dès qu'apparaît l'exagération des réflexes. Faute de ces précautions, le traitement électrique est souvent plus nuisible qu'utile : il risque d'aboutir à des contractures incurables.

Dans quelques cas, malgré la contracture et l'exagération des réflexes, l'atrophie progressive du membre paralysé indique l'emploi de l'électricité. Mais, en ce cas spécial, on aurait recours aux courants continus faibles (5 à 6 milliampères). Les courants seront stables. On évitera même autant que possible les secousses, au moment de la mise en train et de l'interruption du courant. (*Presse médicale.*)

A.-F. Plique.

Orchi-épididymites provoquées et spontanées.

« Débutant, soit dans le parenchyme du testicule ou portion sécrétante de la glande, soit dans son canal excréteur, l'inflammation prend le nom d'orchite si elle se localise simplement au testicule, d'épididymite si elle atteint l'épididyme, d'orchi-épididymite enfin, si les deux organes en continuité sont concurremment frappés. (Dr Sébileau.)

« Les contusions, les écrasements, l'influence de certains agents physiques (chaleur et électricité) provoquent, par simple réaction congestive et inflammatoire, ce qu'on a appelé les orchites traumatiques et expérimentales.

« En dehors de ces inflammations de l'épididyme et du testicule, rarement observées, toutes les orchi-épididymites doivent être regardées comme des orchi-épididymites infectieuses, que l'infection, produisant l'inflammation de la glande spermatique, pénètre par effraction les différentes couches protégeant l'organe, à la faveur d'une plaie accidentelle ou opératoire, par l'entremise des microorganismes, ou que l'infection se propage directement des organes voisins, déjà atteints, vers le testicule absolument sain, et enfermé en des enveloppes intactes, sans solution de continuité, sous l'influence des germes, antérieurement installés dans l'organisme.

« Dans le premier cas on aura affaire à des orchites primitives ou provoquées ; dans le second cas on se trouvera en présence d'orchites secondaires par infection spontanée.

« Les orchites provoquées apparaissent à la suite d'une blessure par instrument tranchant contondant ou piquant, quand cet instrument est souillé et dépose les microbes pyogènes ou phlogogènes dont il est chargé ou qu'il rencontre lui-même en chemin dans la profondeur de la plaie. Les plaies aseptiques, au contraire, ne provoquent jamais de réaction inflammatoire.

« A ces orchites traumatiques, on rattachait les orchites dites « par effort » expliquant la genèse des phénomènes inflammatoires ou par le pincement du cordon spermatique, pendant une contraction violente du grand droit antérieur de l'abdomen, par des fibres arciformes, s'insérant, d'une part sur le bord externe du muscle et, d'autre part, en croisant la face inférieure du paquet funiculaire à la lèvre interne de la crête iliaque (Velpeau) ou par la contraction du crémaster heurtant le testicule contre le pubis (Monod, S. Duplay, Terrillon, Reclus). Ces orchites, prétendues par effort, ne sont autre chose que de véritables orchites infectieuses, ou tuberculeuses aiguës ou uréthrales (l'uréthrite échappant au diagnostic soit par sa localisation excessivement restreinte dans l'urèthre postérieur, soit par la torpeur des microorganismes (gonocoques, colibacilles, diplocoques, staphylocoques, ne demandant qu'une influence extérieure pour exalter la virulence de leur toxine) ou simplement des pseudo-orchites qui, en réalité, ne sont que l'image des troubles vasculaires et trophiques accompagnant la torsion du cordon spermatique). »

Les orchites essentielles ou provoquées sont donc dues uniquement à un traumatisme et la soi-disant orchite d'effort, n'est pas autre chose qu'une orchite blennorrhagique plus ou moins bien masquée. (Sébileau.)

Quand les micro-organismes ne sont pas apportés directement du dehors, par un instrument tranchant, leur progression vers le testicule se fait par plusieurs voies (canaux excréteurs, artères, veines, vaginales).

Cathétérisme de l'urèthre.

Le Dr Guépin donne, dans la *Revue internationale de thérapeutique*, quelques préceptes qu'on devrait toujours avoir présents, quand on pratique un sondage, et dont nous donnons quelques extraits.

D'abord, selon la parole de Reliquet, qui reste toujours vraie, il ne faut sonder un malade que lorsque les circonstances le commandent impérieusement.

L'antisepsie la plus rigoureuse doit en outre présider toujours à cette opération, sous peine d'accidents parfois fort graves.

Les soins antiseptiques préliminaires porteront sur les mains de l'opérateur, le champ opératoire, les instruments employés.

α) Les mains, savonnées pendant cinq minutes à l'eau chaude, devront, s'il y a lieu, lorsqu'elles auront été en contact avec quelque corps septique, être passées à l'alcool et plongées enfin dans une solution antiseptique.

β) Le gland et la région des organes génitaux externes, également savonnés avec soin, un linge aseptisé par l'ébullition dans l'eau, entourera la verge et recouvrira le pubis et les bourses.

Préalablement, le malade aura pris la position la plus favorable au cathétérisme : couché horizontalement sur le dos, la tête légèrement relevée, la bouche ouverte, les jambes demi-fléchies et écartées, reposant, par leur face postérieure, sur un coussin transversal.

δ) Les bougies ou les sondes seront stérilisées par l'eau bouillante (cinq à dix minutes), ainsi que la seringue destinée au lavage du canal.

L'eau simple bouillie, la solution d'acide borique saturée, la solution faible d'acide phénique.

Acide phénique synthétique.	1 gramme.
Glycérine.	10 grammes.
Eau distillée.	1 litre.

préalablement portées, au bain-marie, à la température de 37°, servent à charger la seringue. L'extrémité de cette dernière est introduite dans le méat et par une pression énergique sur la tige du piston, l'urètre est lavé à deux ou trois reprises.

La sonde ou la bougie très largement graissée avec de la vaseline stérilisée et mieux la préparation suivante :

Cérat (préparé avec de l'eau distillée simple)	50 grammes.
Acide phénique synthétique..	50 centigr.

(Reliquet).

à l'exclusion de la déplorable vaseline boriquée, rarement aseptique et toujours mécaniquement très irritante, est poussée, par un mouvement continu et régulier, dans l'urèthre, en suivant avec méthode, le manuel opératoire propre à chaque cas spécial, pendant que le malade relâche autant que possible les muscles du périnée, en faisant un très léger effort de miction.

L'instrument retiré, un nouveau lavage du canal rejette au dehors le corps gras entraîné par la sonde.

Arthralgies pelviennes gravidiques.

M. le Dr *Louis Cantin* a recueilli un grand nombre d'observations qui lui ont permis d'étudier la question du relâchement des symphyses et des arthralgies pelviennes, au cours de la grossesse et après elle.

On sait qu'il existe physiologiquement un certain degré de relâchement des symphyses. Mais cet écartement ne dépasse guère un millimètre, et c'est au delà de ce chiffre que l'écartement devient pathologique. M. Cantin a trouvé cette dernière dans environ 16 % des cas de grossesses où il l'a recherchée, c'est-à-dire dans 400 cas.

Les symptômes sont, d'ailleurs, loin d'être en rapport avec l'étendue du relâchement. Il semble qu'à celui-ci vienne s'ajouter un certain degré d'inflammation douloureuse. On observe tout d'abord une difficulté des mouvements des membres inférieurs. Les malades disent que depuis plus ou moins longtemps, le plus souvent à partir du sixième ou septième mois de leur grossesse, quelquefois, bien que plus rarement, à partir du troisième ou quatrième mois, elles se fatiguent plus vite, elles se tiennent moins aisément debout ou assises. Assises, elles font un effort douloureux pour se relever de leur chaise ou de leur fauteuil, couchées, il leur est tout aussi difficile de s'asseoir. Cela leur est particulièrement pénible, le matin, au réveil, lorsqu'elles veulent s'asseoir sur leur lit, avant d'en descendre. Non seulement elles ne peuvent sauter à cloche-pied, mais, si elles sont debout devant l'observateur, que celui-ci leur commande de se tenir sur un pied, aussitôt il les verra fléchir, ou bien, pour éviter une chute, elles reposeront aussitôt sur le sol le pied qui vient d'être soulevé.

Mais c'est surtout dans la marche que se révèlent les signes les plus frappants. Outre la difficulté que les malades ont à marcher quelque temps, elles ont une démarche de palmipèdes. Elles vont comme le canard (Sévérin Pineau), en rejetant alternativement le corps d'un côté et de l'autre. M. Cantin a observé des femmes qui ne pouvaient faire quelques pas dans leur chambre, qu'en maintenant leur bassin avec leurs deux mains qu'elles y appliquaient étroitement, l'enserrant comme pour l'empêcher de se disloquer. Ces malades sont obligées, pour avancer, de s'appuyer aux murs, de s'accrocher à tous les meubles qu'elles rencontrent sur leur passage, ou bien elles ont recours à des béquilles, et utilisent tous les subterfuges possibles.

C'est la douleur qui est le principal signe de relâchement de la symphyse.

Pour dénoncer la douleur, la femme étant placée dans le décubitus dorsal, on appuie la pulpe de l'index ou du pouce, d'abord sur les parties latérales du pubis ; si la femme ressent de la douleur et n'en manifeste pas en d'autres points plus éloignés de la symphyse, on peut admettre que l'impression vient des ligaments antérieurs intéressés.

On peut aussi dépister la douleur par la pression violente et brusque sur le grand trochanter de chaque côté, ou encore en pratiquant le toucher vaginal,

Baudelocque, Lenoir, Courty, Robert, Charpentier et bien d'autres, ont cité des cas où l'affection avait duré 9 mois, 18 mois, 2 ans, toute la vie. Une femme de soixante-dix ans, vue par Robert, était condamnée depuis l'âge de vingt ans, époque de son premier accouchement, à ne pas quitter sa chambre ; elle s'y traînait de meuble en meuble.

Ce qui est très particulier, au point de vue du diagnostic, c'est que quand les malades viennent consulter leur médecin, elles disent souffrir dans le bas-ventre, dans les reins, dans les cuisses. Si on leur demande depuis quand, elles font remonter leurs douleurs à une date fixe, ou bien elles les attribuent à une congestion, à une inflammation, et le plus souvent à un début d'avortement. En somme, elles font tout ce qu'elles peuvent pour tromper involontairement le médecin et souvent celui-ci leur fait suivre un traitement pour une affection qu'elles n'ont pas. Tarnier n'enseignait-il pas qu'il n'est pas de maladie plus fréquente, ni de plus fréquemment ignorée !

Aussi faut-il être bien prévenu de ce fait, car nombre d'affections douloureuses abdomino-pelviennes peuvent être confondues avec le relâchement douloureux des jointures du pelvis.

Le traitement, s'il s'agit de relâchement pendant la grossesse, ne peut être réalisé que par le repos.

Après la grossesse, il faut presque toujours avoir recours aux divers moyens de contention applicables en pareil cas, depuis le simple ban-

dage du corps ou la ceinture de gymnastique jusqu'aux ceintures beaucoup plus compliquées imaginées pour remédier à cette infirmité.

Le massage léger est supérieur au massage violent.

M. le Dr *Saquet*, de Nantes, s'élève avec énergie contre un préjugé assez répandu qui tendrait à faire croire que plus le massage est violent et plus il a d'action.

La clinique et l'expérimentation sont absolument contraires à cette affirmation.

Les expériences de Winternitz, Naumann, Mervy, Schede, Kellgren et Colombo, Cautru, Stapfer démontrent qu'un massage léger fait couler plus de sang veineux et de lymphe, qu'une manœuvre forte.

En effet, le premier fait contracter les vaisseaux et facilite la circulation en retour, l'autre les dilate passivement, parce qu'il les paralyse. Le massage suédois, qui est le moins rude des massages du Nord, est aussi le plus efficace, ce qui tient surtout à sa technique.

Prochownich de Hambourg accuse une élévation de température, après chaque massage gynécologique, il a observé en outre des péritonites.

Jamais pareil chose n'est arrivée, en plus de trente ans de pratique, au Suédois Thure Brandt, ni à mon autre maître le Dr Stapfer.

Les malades de Brandt ont pourtant été suivis, le thermomètre à la main, pendant les 15 jours de son passage à la clinique de Schultze à Iéna et les résultats n'ont été publiés qu'un an après, pour voir si l'amélioration se maintenait.

On a préconisé récemment, en France, la méthode de Schweninger contre l'obésité. Cette méthode consiste, outre le régime diététique qui est le principal, à frapper l'épigastre à coups de poings et à monter à genoux sur l'abdomen des patients pendant qu'ils doivent respirer profondément de 6 à 30 fois ! ! !

Le massage n'est pas un procédé de torture ; il doit être au moins indolore et généralement calmant.

Tel il est dans l'entorse et certaines arthrites ; en gynécologie c'est la méthode anesthésiante par excellence.

La douceur n'exclut pas une certaine vigueur, dans le rhumatisme musculaire et les névralgies par exemple, mais on doit en exclure toute brutalité.

Les procédés mécaniques vibratoires des Suédois, permettent d'atteindre facilement ce but, ainsi que des effleurages légers.

M. Saquet a vu maintes fois des constipations opinâtres céder à une ou plusieurs séances de massage doux, alors qu'elles avaient résisté à d'autres séances beaucoup plus nombreuses, mais dans lesquelles on avait déterminé courbature et ecchymoses. La preuve que c'est une question de technique et non de races, est donnée par ce fait que les Suédois qui massent doucement réussissent en Allemagne aussi bien qu'en France, tandis que les Hollandais et Allemands n'obtiennent rien dans notre pays.

Je revendique, pour les Français, quand ils n'ont pas eu la main gâtée par les Allemands, la légèreté de main et la délicatesse de l'action, qui sont les meilleurs facteurs d'un massage efficace.

La céphalée neurasthénique.

D'après M. le Dr *Lubetzki*, de Paris, la céphalée neurasthénique est produite par une vaso-dilatation encéphalique, consécutive à l'affaiblissement du tonus artériel.

Le liquide céphalo-rachidien, ayant à lutter contre un phénomène pathologique, assure mal l'équilibration de la pression intra-cranienne. L'action adjuvante de la circulation veineuse en retour s'exerce moins bien, la neurasthénie prédisposant aux stases veineuses.

Le volume de la masse intra-cranienne augmente et la boîte cranienne étant inextensible, il en résulte nécessairement des phénomènes de compression plus ou moins légère.

Le premier symptôme par lequel se manifeste d'ordinaire la compression du cerveau, étant la céphalée, la cause de celle-ci pouvait être prévue *à priori*.

Ces considérations théoriques sont confirmées par les faits cliniques. Ceux-ci prouvent que toutes les causes qui décongestionnent le cerveau atténuent ou font disparaître la céphalée, que toutes celles qui produisent, au contraire, la dilatation des vaisseaux cérébraux la créent ou l'aggravent.

a). — Aussitôt après les règles, la céphalée est calmée ou supprimée pendant huit à dix jours ; au moment des règles, elle est, au contraire, aggravée.

b). — Le travail intellectuel qui s'accompagne d'une dilatation des vaisseaux encéphaliques peut engendrer la céphalée en casque, chez les individus sains et aggrave la céphalée des neurasthéniques.

c). — L'ingestion des aliments soulage considérablement le mal de tête.

Au contraire, celui-ci est plus violent lorsqu'on est à jeun. Le sommeil calme la céphalée, car alors il se produit de l'anémie cérébrale.

Si les faits cliniques prouvent indirectement que la céphalée neurasthénique est due à un état congestif du cerveau, la thermométrie cranienne chez les neurasthéniques en fournit la preuve directe.

L'instrument de précision (construit par M. Salet sur la demande de M. Auguste Voisin) dont nous nous sommes servi à cet effet nous a donné les résultats suivants :

a).— La température des parois du crâne, chez les neurasthéniques à céphalée, est sensiblement plus élevée que celle que l'on observe chez les individus sains.

b). — Chez le même malade, le maximum de céphalée siège là où la température est la plus élevée.

c). — La céphalée vient-elle à diminuer, la température diminue également.

d). — Chez les neurasthéniques sans céphalée, l'élévation de la température est peu appréciable, alors qu'elle peut atteindre deux degrés chez les neurasthéniques à céphalée.

De là à déduire quel est le meilleur mode de traitement de ces céphalées, il n'y a qu'un pas : la reconstitution du tonus artériel par des toniques arsenicaux et strychnés, et la décongestion encéphalique par des bains de pieds sinapisés répétés et des frictions sèches des membres inférieurs.

CLINIQUE OTOLOGIQUE

Traitement de l'othématome.

Abandonné à lui-même, l'hématome du pavillon de l'oreille se résorbe — c'est le cas ordinaire, — reste stationnaire ou suppure ; ce dernier cas est exceptionnel.

Le plus souvent il guérit spontanément, dans l'espace de quelques semaines ; mais il peut alors laisser, comme trace indélébile, une déformation tantôt légère, tantôt très marquée du pavillon, résultant de l'épaississement, de l'atrophie, du recoquevillement du cartilage.

Exceptionnellement et seulement lorsqu'il résulte d'un traumatisme violent, suivi d'une vive réaction inflammatoire, il suppure : la guérison spontanée est alors compromise et la déformation consécutive est encore plus considérable (perte de substance, perforation, etc.).

Pour ces deux raisons : danger habituel de déformation, danger très rare de suppuration, il y a intérêt à surveiller l'évolution de l'hématome et à intervenir à temps.

La conduite à tenir est différente, selon qu'on a affaire à un cas récent ou à un cas ancien.

A. *Au début*, lorsqu'on voit l'hématome dès le moment de son apparition ou dans les jours qui suivent, l'expectation est de mise, car on peut espérer la résorption spontanée.

S'il y a de la douleur et une réaction inflammatoire dues au traumatisme causal (soufflet, coup de poing), on applique des compresses froides ou des sachets de glace sur le pavillon, pendant les premiers jours ; puis, dès que les phénomènes douloureux ont disparu, on fait des applications résolutives d'eau blanche ; ultérieurement on agit comme vis-à-vis d'un hématome non douloureux.

B. *Plus tard*, lorsqu'au bout de trois ou quatre semaines, la tumeur n'a pas de tendance à diminuer de volume, on interviendra par l'un des moyens suivants :

1° Essayer d'abord du *massage* méthodique, qu'on répétera deux ou trois fois par jour, pendant un quart d'heure. Dans l'intervalle des séances de massage, on fera un pansement compressif, en plaçant une forte couche d'ouate entre le pavillon et la paroi cranienne d'une part, une seconde à la face externe du pavillon d'autre part et en fixant ces deux couches à l'aide de tours de bandes circulaires passant au-devant du front et derrière la nuque.

Le massage doit être fait avec une grande prudence et une grande légèreté de main, sinon il risque d'être plus nuisible qu'utile : en effet, si l'hématome est d'origine traumatique, les tissus profonds ont été contusionnés, le cartilage a pu être fracturé, et un massage trop énergique peut ramener l'hémorrhagie ; si l'hématome est spontané (paralysie générale, aliénation mentale), il faut craindre l'existence de troubles trophiques et la diminution de vitalité des tissus : des frictions trop vigoureuses, une compression trop forte, peuvent favoriser le sphacèle des téguments ou la nécrose du cartilage.

2° Si le massage échoue, vider la poche au moyen d'une *ponction aspiratrice* faite avec une antisepsie rigoureuse et appliquer un pansement compressif, pour empêcher autant que possible la reproduction du liquide.

Lorsqu'on ponctionne à une époque encore rapprochée du début de l'othématome, c'est du sang que l'on retire ; mais à une époque plus éloignée, c'est de la sérosité plus ou moins jaune et claire, les globules sanguins étant emprisonnés dans un caillot qui se dépose sur les parois de la cavité et qui tôt ou tard se résorbe. Malgré le pansement compressif, le liquide se reproduit habituellement et l'on est forcé de répéter la ponction à plusieurs reprises.

Lorsque, malgré des ponctions répétées, la tumeur se reforme, on est autorisé à essayer d'une *injection iodée* selon la méthode employée dans les hydrocèles.

3° S'il est impossible d'obtenir la guérison par ces moyens, il reste comme dernière ressource à *inciser largement la tumeur* : on vide son contenu, on curette ses parois et l'on suture les lèvres de la plaie de façon à obtenir une réunion par première intention ; un pansement compressif recouvre le pavillon.

Pour éviter plus sûrement la reproduction de l'exsudat, quelques auteurs conseillent de comprendre, dans les points de suture, le périchondre et le cartilage sous-jacent, en ayant soin toutefois de ne pas traverser les téguments de la face opposée du pavillon.

4° Lorsque l'othématome suppure, il faut, sans essayer d'autre traitement, l'inciser, curetter ses parois et tamponner sa cavité à la gaze iodoformée, sans faire de sutures.

Si l'on trouve, au fond de la plaie, des points cartilagineux nécrosés, il faut ou bien attendre leur élimination spontanée ou réséquer la portion de cartilage malade, avant de laisser la plaie se refermer, sans quoi l'on s'expose à l'établissement d'une fistule persistante.

Dr M. Boulay,
Ancien interne des hôpitaux

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les réformes nouvelles et la profession médicale.

L'application du nouveau règlement des études médicales semble, à priori, ouvrir un champ plus vaste à la liberté du travail. A ce titre il a droit à toutes nos sympathies, à tous nos vœux. Que peuvent prouver les diplômes de bachelier au point de vue de la valeur réelle d'un étudiant ? Bien peu de chose, sinon rien (1). La démonstration en est faite depuis longtemps, et il est malheureux de voir avec quel acharnement on se cramponne au prestige d'un parchemin. C'est toujours le principe d'éternelle routine, qui dirige les rouages compliqués de toutes nos administrations.

Puisque nous admettons l'inutilité des diplômes, nous acceptons évidemment toutes les équivalences. Tous pourront donc entreprendre les études médicales, mais il ne faut pas que tous puissent les terminer. Jusqu'ici il suffisait de prendre une inscription pour être assuré de parvenir, tôt ou tard, au grade de docteur. La persévérance mérite une récompense et l'indulgence des juges est puissamment secondée par un favoritisme éhonté.

(1) Nous n'adoptons nullement les opinions de l'auteur sur cette question de l'inutilité du baccalauréat.

A Montpellier existe, depuis trois ou quatre ans, cette mention portée sur la feuille d'examen : « *Extrême indulgence du jury*, c'est-à-dire *extrême nullité des candidats*. Je me souviens de l'un d'eux qui, à l'examen d'anatomie, cherchait la pédieuse au creux poplité, puis à la région plantaire, et enfin sur la face dorsale, ou il ne la trouvait pas. Il faisait ensuite passer l'urèthre au-dessus de la symphyse, et sur l'observation du professeur que c'était un peu haut, il imagina qu'il existait un orifice spécial dans le pubis, etc., etc. Il fut reçu, et pour des raisons de famille, il finit ses études en quelques mois. Ce fait là s'est reproduit bien des fois, et cette formule « *extrême indulgence* » a reparu souvent à la Faculté de Médecine.

Et ce sont ces docteurs, souvent riches, mais d'une incapacité flagrante, qui viennent occuper des places que de jeunes gens honnêtes et consciencieux auraient tenues avec honneur et dévouement.

J'ai parlé de Montpellier (1) que je connais, mais je suis absolument convaincu qu'il en est partout ainsi, et j'aurais été heureux d'entendre s'élever, des autres facultés, des protestations analogues aux miennes.

Je reconnais que maintenant, par l'emploi des boules rouge, noire et blanche, on ne pourra, d'une façon apparente au moins, faire une aussi large part à l'arbitraire.

Cependant puisqu'on ne peut compter sur l'impartialité des juges, qui ne tiennent aucun compte des devoirs que la Société leur impose et n'ont aucune conscience, il est un moyen, je ne dis pas infaillible, mais plus sûr, d'éviter de tels abus, au grand bénéfice des malades et des médecins eux-mêmes : je veux parler de la création d'un jury d'examen, *indépendant* du corps enseignant.

C'est là le remède suprême, car on obtiendrait ainsi, peut-être, une garantie relative de justice.

Il y a longtemps que des hommes éminents plaident dans ce sens. La *Tribune Médicale* s'est souvent fait l'écho de ces réclamations : mais comme toujours, ce sont les revendications désintéressées et utiles qui ne sont pas entendues.

Il faut, à notre Enseignement supérieur, des transformations radicales, et bon gré, malgré, les réformes actuelles n'aboutissent qu'à un grossier raccommodage, à un vulgaire compromis entre l'ancien régime et l'époque actuelle. On cherche à soutenir cet antique monument qui croule. Laissons-le donc tomber définitivement et sur ces ruines en poussière, construisons un édifice nouveau, dont les bases seront en rapport avec la science du Progrès et les tendances intellectuelles, qui se généralisent chaque jour davantage.

L'idée inspiratrice du règlement qui vient de paraître à l'*Officiel* est excellente. Toutes les carrières facilement ouvertes à tous ; seulement il faut voir où elles conduisent, ces carrières dites libérales !

Il est vrai que la médecine, doublée de charlatanisme, permet à bien des gens de se créer une situation pécuniaire brillante ; mais notre profession est-elle tombée si bas que ce ne soit qu'un métier, ou mieux une industrie, une spéculation ?

Malheureusement, c'est encore là une vérité qu'il faut reconnaître, et le docteur Baudouin a exprimé peut-être le sentiment général en disant : « Nos confrères des villes et des campagnes ne « demandent plus à être considérés comme les « représentants autorisés de la Science libre, de « la saine Pensée, de l'idée affranchie des vulgai- « res préjugés. Ce qu'ils veulent désormais, et « avant tout, c'est nourrir leur famille et élever « leurs enfants ; et vraiment on ne saurait trop « leur en vouloir, de ne voir à l'existence qu'un « but aussi terre à terre. Il faut désormais « être riche pour se permettre d'être un savant « et pour se payer le luxe d'avoir des idées bien « à soi (1). »

Oui, dans notre République, qui a voulu aplanir les divers degrés de la société, qui a proclamé les principes d'égalité et de liberté, qui a ouvert largement l'accès de toutes les carrières, de toutes les situations, à la valeur individuelle : dans cette République « il faut être ri- « che pour se permettre d'être un savant, et « pour se payer le luxe d'avoir des idées bien « à soi... » Suprême ironie !... Le flot des déclassés s'élève et devient menaçant. Ces jeunes gens ont sacrifié leurs plus belles années à un travail abstrait, au milieu de difficultés matérielles constantes ; ils ont acquis des diplômes et des titres, caressant la juste espérance de gagner honnêtement leur vie, et ils sont là sur le pavé, parfois sans pain ; et, ce qui est plus terrible, livrés au désespoir, aux regrets amers de leur vie perdue... A côté d'eux, ils voient leurs collègues, plus riches et plus intrigants, passer le front haut, le regard orgueilleux, contents d'eux-mêmes, satellistes conscients d'un astre à la mode.

Pour le jeune homme aux idées indépendantes, amoureux de cette science qui est si puissante, si mystérieuse encore, il faut qu'il renonce à ses rêves, et refoulant au fond de son cœur les nobles aspirations qui y bouillonnent, il faut qu'il suive le courant et la marche dans l'ornière.

Hors de l'ornière, point de salut.

Il est temps de réagir contre le terre à terre de l'existence courante qui ne vise qu'à la fortune. Il faut voir dans la médecine « non le but mais le moyen de faire ce que l'on croit Bien et Juste (2) ». Je me range absolument à cette conception du Devoir et je rappellerai ici les paroles du savant médecin légiste Legrand du Saulle :

« Quelle admirable profession que celle qui « place un homme au-dessus de tous les é ne- « ments qui troublent et ensanglantent son « pays ; qui lui donne accès partout et lui pro- « cure l'occasion de faire également le bien par- « tout ; qui lui permet de tout voir, de tout en- « tendre, et de garder le silence ; de ne trouver « dans les individus les plus égarés, les plus à « plaindre, ou les plus coupables, que des ma- « lades dignes d'une égale sollicitude, de n'être « influencé par aucun des bruits du dehors, et « de pouvoir ausculter sans plus d'émotion le « vainqueur ou le vaincu, le mendiant sur son

(1) Voir nos articles Thèse de Doctorat ; les Universités françaises ; Dans les Universités. In : *Tribune médicale*.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 12 août 1899.
(2) Dr Sophie Abrachkevitch.

« grabat, ou l'archevêque de Paris dans son ca-« chot, l'espion prussien à la pistole, ou le Pré-« sident de la Cour suprême, dans une cellule de « condamné à mort ; et de recevoir, de tous, les « mêmes marques de déférence et le même re-« merciement ! »

Legrand du Saulle estimait que le médecin doit rester en dehors des passions politiques, des luttes de parti.

Aujourd'hui, moins que jamais, nul n'a le droit de se désintéresser des grandes questions qui captivent l'esprit des peuples. Le médecin avant tout est un membre de la société ; son rôle peut être immense, parce que, mieux que tout autre, il peut souvent connaître la cause intime de bien des maux. Il a le devoir de mettre en lumière ces éléments économiques et moraux, qui se trouvent à l'aurore de toute Révolution. Il a le devoir d'étudier la mentalité humaine, pour défendre et sauver, parfois, quelques-unes de ces victimes du mouvement fébrile de notre siècle.

Il doit être un penseur, un philosophe, un observateur sincère ; il doit, conservant son calme, ramener dans la voie du Progrès ceux que les passions égarent.

Bien pénétré de son double rôle et ne transigeant jamais avec sa conscience, il doit être Celui qui marche en avant, sans défaillance, sans faiblesse, n'ayant qu'un seul but, la défense de ce qui est Vrai, de ce qui est Juste.

Il me semble que le médecin paraît bien grand dans ce cadre, et c'est ainsi, cependant, qu'il pourrait être, si la Science ne s'était point prostituée aux vils intérêts individuels, à la soif du plaisir et de la fortune.

Que ceux qui comprennent ainsi la carrière médicale n'hésitent pas à y entrer. Ils auront à lutter contre tout et contre tous, mais qu'importe, pourvu qu'en un point isolé, ils puissent un jour réaliser partiellement leurs espérances !

Ils auront la suprême satisfaction d'avoir écouté la voix de la conscience, et celle-là ne ment pas.

Dr L. Fuster,
de Montpellier.

(*Tribune médicale.*)

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Syndicat départemental des Médecins de la Mayenne

Assemblée générale annuelle du 20 octobre 1899

La séance est ouverte au siège social, à l'Hôtel-Dieu de Laval, à 2 heures, sous la présidence de M. le Dr Cellier, président.

Lecture est donnée du procès-verbal de la réunion de 1898, et du rapport du trésorier.

I. Cotisations. — Après discussion, vu l'état satisfaisant de la caisse, l'assemblée décide d'abaisser, jusqu'à nouvel ordre, le taux de la cotisation à 5 francs.

II. Présentation de nouveaux membres. — Les candidatures de MM. Hardouin, de Daon ; Lecomte, de Sainte-Suzanne ; Bézier, de Montsurs, et Charrier, d'Andouillé, sont adoptées à l'unanimité de 17 votants.

M. le Dr Nory, de Sainte-Suzanne, est décédé.
M. le Dr Baronnet, de Montsurs, a quitté le pays.

III. Assistance médicale. — Une délégation du bureau fera une nouvelle démarche auprès de la municipalité de Laval, pour obtenir l'organisation d'un dispensaire pour les consultations gratuites, dispensaire promis depuis 1890.

IV. Congrès de déontologie médicale en 1900. — M. le Dr Cellier, au nom du bureau de l'Union et du Comité de Propagande, invite les membres du Syndicat à adhérer au Congrès de déontologie médicale de 1900.

V. Assurances contre les accidents. — Après discussion, le Syndicat vote à l'unanimité les conclusions suivantes :

a) Assistance médicale gratuite. — Lorsqu'un ouvrier assuré et faisant partie de l'Assistance de sa commune, sera blessé, la commune n'a pas à appeler le médecin de l'Assistance, mais le médecin de la Compagnie d'assurances. En tous cas, les frais de traitement sont à la charge de l'assurance, qui serait trop heureuse de faire des économies sur le budget de l'Assistance communale.

b) Assistance publique, hôpitaux. — Le Syndicat considérant :

1° Que l'ouvrier assuré n'est pas un indigent, puisqu'il a droit aux soins médicaux et pharmaceutiques, à une indemnité journalière et à une rente garantie par le patron, la Compagnie d'assurance et même l'Etat ;

2° Que l'hôpital, de par toutes les traditions et coutumes, est réservé aux indigents, auxquels les médecins tiennent plus à honneur qu'à profit, de donner leurs soins ;

3° Que les Compagnies d'assurances ont un avantage palpable à faire hospitaliser leurs blessés, qui se trouvent ainsi dans un meilleur milieu, où ils sont moins exposés aux complications mortelles et plus rapidement guéris ; que, de plus, les frais d'hospitalisation font eux-mêmes réaliser de sérieuses économies aux Compagnies :

Exemple, une hernie étranglée : d'après ses tarifs, la Compagnie X... donne à ses médecins : 100 francs à l'opérateur + 25 francs à chacun des deux aides = 150 francs. A l'hôpital, la même Compagnie hospitalise à 1 fr. 50 par jour son assuré, qui est opéré par le personnel du service. Si les choses vont bien, le malade sort au bout de dix jours se soigner chez lui ; l'hôpital touche 15 francs. — Or, les frais opératoires (pansements, crins, gazes, soies, ouate, chauffage de la salle, etc.) représentent plus de 15 francs. — Et la Compagnie a bénéficié de la différence de 15 à 150 francs.

4° Qu'il n'est pas équitable que le patrimoine des pauvres serve à permettre aux Compagnies d'assurances de distribuer des dividendes ; qu'il n'est pas équitable non plus que, dans un hôpital à service chirurgical restreint, les lits soient occupés par des gens qui ont les soins médicaux et pharmaceutiques assurés à domicile, au détriment des indigents qui n'ont pas d'autre ressource que le lit d'hôpital, et qu'on est obligé de ne pas admettre faute de place ;

5° Qu'au point de vue professionnel, le médecin d'hôpital s'est engagé à soigner les pauvres, mais qu'il est absolument en droit de refuser

ses soins aux gens non pauvres : qu'en outre, l'hospitalisation des assurés prive le médecin ayant contrat avec la Compagnie d'assurances de ses légitimes honoraires,

Le Syndicat émet le vœu suivant :

« Le Syndicat prie les administrations hospitalières de bien vouloir modifier leurs règlements actuels et de décider que les ouvriers assurés des Compagnies-accidents ne seront pas reçus à titre gratuit. Il sera établi pour cette catégorie d'hospitalisés un tarif spécial. Le prix de la journée comprendra *purement et simplement* le paiement du lit, de l'alimentation, des garde-malades, de l'emploi des instruments et appareils, etc.

« Les médicaments pourront être pris chez le pharmacien de la Compagnie d'assurances. Mais ce prix de la journée ne comporte pas le paiement des honoraires prévus par les Compagnies et qui devront être payés par elles à leurs médecins (1). »

c) *Tarifs des assurances contre les accidents.* — Le Syndicat adopte à l'unanimité un tarif régional devant servir de bases à tous les traités à intervenir avec les Compagnies d'assurances-accidents. Ce tarif est établi sur les mêmes bases que celui des médecins du Maine-et-Loire.

Ce tarif sera envoyé à tous les médecins du département, syndiqués ou non. En même temps, il est décidé que l'on demandera aux confrères de prendre l'engagement de ne pas remplacer, auprès d'une Compagnie d'assurances-accidents un autre confrère, pour un tarif inférieur.

d) *Certificats.* — En dehors des certificats à fournir aux Compagnies, il faut distinguer les certificats demandés pour la déclaration des sociétés à la mairie ou à la justice de paix. Ce certificat, qui engage la responsabilité du médecin, ne doit jamais être donné gratuitement, mais moyennant une rétribution de 5 francs, même pour ceux donnés par les médecins des hôpitaux.

VI. Élection du Bureau pour 1899-1900. — Sont nommés au scrutin secret :

Président..... M. le Dr Cellier ;
Vice-Président. M. le Dr Chevalier ;
Secrétaire..... M. le Dr Bucquet ;
Trésorier...... M. le Dr Veleau.

REPORTAGE MEDICAL

Association générale.

Une déclaration d'utilité publique. — Par décret du 11 janvier 1900, cette haute faveur, que l'Association générale des médecins de France ne parvient pas à obtenir après trente années d'efforts, vient d'être accordée à l'Association des anciens élèves de l'école des hautes études commerciales, dont le siège est à Paris, 108, boulevard Malesherbes. Cette institution, de date toute récente, qui compte quelques centaines de jeunes commerçants, a-t-elle donc plus de vertus que notre vieille et riche association, qui ne s'est jamais signalée que par des actes de bienfaisance entre médecins et à l'égard de leurs proches ?

L'assemblée générale des délégués du 7 janvier a voté qu'on resterait *Société de Secours mutuels.* Le comble, c'est qu'on a mis la charrue avant les bœufs ; on a décidé que les Sociétés locales, qui n'existent pas encore, puisqu'elles n'ont pas voté leurs nouveaux statuts, devaient s'unir, comme Sociétés de Secours mutuels.

Et si ces sociétés locales n'adoptaient pas, modifiaient les Statuts qu'on va leur envoyer, qu'adviendrait-il donc ? Ce sera un beau gachis. *Di talem avertite omen !*

Le médecin offert en prime. —Paris compte près de 3.000 médecins. Il vient de s'en trouver *quatre* (deux du sexe laid, deux du sexe aimable), qui ont consenti à laisser offrir leurs services gratuits en prime aux abonnés d'un journal quotidien, à côté de ceux d'un photographe, d'un dentiste, d'une sage-femme, d'un pédicure et d'un coiffeur ! ! !

Les baraques du jour de l'an ont fait connaître cette géniale innovation à la foule qui arpente les boulevards. Nous avons vu des confrères s'indigner. — A quoi bon ? Soyons plutôt pitoyables. Deux filles d'Eve, ignorantes des usages et coutumes de la profession où elles sont entrées, ont eu ce coup de tête : deux confrères ont cru, sans doute, par pure galanterie, devoir les accompagner dans la folle équipée. — Pour cette première fois, nous demandons l'application de la loi Bérenger, car les jeunes délinquants ne tarderont sans doute pas à rougir de s'être ainsi fourvoyés dans une aventure où il n'y a rien à gagner et tout à perdre... en considération.

Réunion médico-chirurgicale de Bordeaux. — Dans sa séance du mardi 19 décembre, la Réunion médico-chirurgicale a nommé son Bureau pour l'année 1900 : MM. Lanelongue, président : Pitres, vice-président : Durand, secrétaire général.

M. Chavannaz a lu son rapport au sujet de la loi sur les accidents et les soins et certificats médicaux, qui seront donnés aux blessés par les médecins et chirurgiens des hôpitaux. — La Réunion a adopté les conclusions de ce rapport. — Les blessés assurés, en cas d'accidents, seront soignés dans les hôpitaux à titre onéreux. Ce point a une importance capitale, car il empêche la concurrence fâcheuse qui eût pu se produire à l'avantage des hôpitaux, au détriment des médecins de la ville. Si les Compagnies pouvaient, en effet, hospitaliser gratuitement leurs malades dans les hôpitaux, elles se déchargeraient de tous frais d'opérations grandes et petites et les blessés, dans le plus grand nombre des cas, prendraient le chemin de l'hôpital.

Les conclusions du rapport établissent une juste mesure pour le corps médical, tout en sauvegardant la liberté de l'ouvrier blessé dans le choix de son médecin.

Une commission, composée de MM. Pousson, Davezac, Monod, a été ensuite désignée pour étudier le projet du ministre de l'intérieur, en vue de créer dans les hôpitaux des grandes villes, des écoles d'infirmiers et d'infirmières pour le service des hôpitaux.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4452. — M. le docteur Joly, de Montvicq (Allier), présenté par M. le Directeur.

N° 4453. — M. le docteur Fléchet, de Fontaines-sur-Saône (Rhône), présenté par MM. les docteurs Bonnet et Grabinski, de Neuville-sur-Saône (Rhône).

N° 4454. — M. le docteur Mézangeau, de Paris, présenté par M. le Directeur.

N° 4455. — M. le docteur Morault, de Rostrenen (Côtes-du-Nord), membre de l'Association et du Syndicat des Côtes-du-Nord.

(1) La Commission des hospices de Laval a pris depuis un arrêté accordant satisfaction à ce vœu.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 5 3 FÉVRIER 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le sens moral du médecin.

Il est vraiment des médecins, qui semblent avoir pris à cœur de faire entrer, dans les mœurs de notre profession, les pratiques d'une concurrence,qui serait inavouable jusque dans les milieux commerciaux qui se respectent.

Si nous avions publié certains faits qui sont venus à nos oreilles, au cours de la campagne assurances-accidents, nous eussions craint de décourager les meilleures bonnes volontés. On a beau être cuirassé par la foi en une sainte cause; on a beau s'être habitué, devant le spectacle d'inqualifiables défaillances, à une tolérance systématique et doublée de pitié,plus que de colère, il est des heures où. pourtant, l'écœurement vous vient.

Est-il possible que quelqu'un s'adonne à l'exercice de notre belle profession sans avoir ce sens moral particulier qui doit faire le fond de notre caractère ?

Hélas ! il faut bien le croire.

On en voit qui organisent un rabattage par les concierges, à la ville, par les facteurs ruraux et les commissionnaires, à la campagne. D'autres se font saluer, à leur installation, par la feuille de chou locale, et gobergent le rédacteur en chef,qui informe la population qu'ils ont décroché un pendu avec un zèle et une habileté extraordinaires. D'autres encore... Mais passons, car il y a mieux, ou plutôt pis, même après la réclame de la *Fronde*.

Il vient de s'en trouver, dans trois villes de France, que nous pourrions nommer, qui ont inauguré le système de la prime aux agents de police, pour l'accaparement des visites de nuit !!

Que pense-t-on aujourd'hui, dans le quartier latin, de ce genre de compromission ? Nous savons, nous, ce qu'on en eût dit, il y a vingt ans.

La presse mêlée à nos affaires, c'est souvent regrettable, parce qu'on y défigure nos actes. Mais la police ! Pouah ! Qu'en dites-vous, confrères de demain ?

Voici,du reste, les conséquences fatales de ces répugnants stratagèmes.

Dans deux des cités, dont nous parlons, les agents ont dénoncé les faits. Il fallait s'y attendre, puisque c'est leur métier.

Le maire, le conseil municipal, la presse, le public, ont appris. et jugé à leur juste valeur, les pratiques de MM. les Drs X. et Y. C'est le discrédit pour ces malheureux, qui sont, sans doute,au début de la carrière.

Mais c'est aussi une tache, que la malignité, l'envie, l'avarice administrative, cherchent à étendre sur toute la profession.

Et la preuve, la voici.Les municipalités se sont empressées de se dire que, si *les* médecins pouvaient faire, aux agents, une remise de 2 francs par visite, c'est que celle-ci était payée 2 francs trop cher : et elles en ont abaissé immédiatement le prix.

Quels malins, n'est-ce pas, ces rabaisiens, exotiques ou non, qui se glissent dans nos rangs pour salir la profession et faire retomber sur elle tous les préjudices qu'eux seuls ont encourus !

Il y a des Syndicats dans les villes où ces faits se sont passés.

Nous voulons espérer qu'ils sauront faire pu-

bliquement leur devoir, pour laver le corps médical de la région de l'injure émanant des indigènes.

On ne serait pas médecin, si on hésitait devant les opérations nécessaires. Et ici, l'indication est formelle, car il s'agit de prouver que, le sens moral est notre première vertu obligatoire.

H. J.

LA SEMAINE MEDICALE

La glace contre les affections et troubles cardiaques.

M. le Dr *Robardet* a étudié, dans sa thèse, la méthode de traitement des affections cardiaques, par l'application externe de glace, qu'a préconisée notre éminent ami, le Dr Le Gendre.

Les indications, pour l'emploi de ce moyen, se trouvent surtout dans la péricardite, l'endocardite, la myocardite, l'angine de poitrine névropathique, et les diverses tachycardies. Les contre-indications résultent surtout de la coexistence d'une lésion aortique, antérieure à la maladie que l'on a à traiter. La glace, en provoquant le resserrement des artérioles périphériques, augmente la pression sanguine et la force de propulsion des ventricules : si l'on a affaire à une aorte enflammée, ou athéromateuse, ou présentant des anévrysmes à parois très amincies, la résistance de ses parois est inférieure à l'énergie développée par le cœur, et l'on pourrait ainsi provoquer une rupture irrémédiable, entraînant la mort subite.

Quant au mode d'emploi, le plus habituel, on applique la glace renfermée dans une vessie de porc ou en caoutchouc. La quantité de glace qu'on y introduit ne doit pas incommoder le malade par son poids et doit permettre à la vessie de s'étaler pour ainsi dire sur la région précordiale, en la recouvrant complètement (Le Gendre).

Il est indispensable (Le Gendre et Dieulafoy) que le sac soit séparé de la peau par un morceau de flanelle. « Sans cela, l'érythème de la peau devient très pénible, au bout de quelques heures et peut même amener du sphacèle superficiel, chez les individus à peau fine. »

Pour retirer tous les bons effets de cette application, il faut que l'application soit maintenue sans interruption, de un à trois jours.

Voici les résultats obtenus à Aubervilliers par le Dr Legendre :

« Sur les 150 malades sortis du pavillon de la scarlatine, et comprenant les adultes hommes et femmes, en égale proportion et une dizaine d'enfants, 70 environ, pendant le cours de leur maladie et surtout dans les quelques jours qui ont suivi leur arrivée, ont présenté des troubles cardiaques passagers, tels que tachycardie, embryocardie ou tendance à ce rythme, bruits de souffle doux, systoliques ou mésosystoliques, à la pointe, irrégularités, intermittences, affaiblissement, surdité ou ralentissement des bruits, quelques frottements péricardiques, mais surtout des bruits de galop, c'est-à-dire un bruit de choc présystolique, surajouté aux deux bruits normaux et dû vraisemblablement à la distension brusque de la paroi ventriculaire, avant la systole.

« Le traitement employé habituellement (sauf dans quelques cas où on a eu recours aux ventouses scarifiées, ou aux pointes de feu sur le cœur, à la caféine ou à la digitale) a été l'appli-

FEUILLETON

Histoire des Asiles de Lépreux.

Il n'est peut-être pas inutile, au moment où deux grands fléaux, qui déjà au Moyen-Age réglèrent l'histoire épidémiologique, semblent vouloir rentrer en scène, la peste bubonique et la lèpre, de faire une étude comparative et historique des asiles de lépreux, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. C'est là le travail que le Dr Kirchner a exposé dans le *Berliner klin. Wochenschrift*, 8 janvier, 1900.

Si la peste bubonique, d'une part, est menaçante pour la France, la lèpre d'autre part, a déjà franchi les frontières de l'Allemagne, en envahissant l'arrondissement de Memel, aux confins de la Russie. D'ailleurs l'empire allemand a remis rapidement en vigueur toutes les mesures prophylactiques, éditées en 1897, par la conférence pour la lèpre, qui nous a fait connaître tout ce qui a trait à cette maladie, et en particulier son étiologie et sa prophylaxie.

On se rappelle qu'au VIe siècle, déjà, la lèpre régnait en Italie, en Espagne, en France, et qu'à la suite des Croisades, elle envahit tous les pays méridionaux. A partir du XIVe siècle, son extension diminua peu à peu, et au XVIe siècle, elle avait complètement disparu. Il est impossible de connaître les raisons pour lesquelles cette épidémie disparut subitement, après avoir régné en maîtresse pendant plus de mille ans, et de savoir pourquoi elle se prépare à une nouvelle invasion. Tout aussi intéressante sera l'étude des mesures prophylactiques employées, autrefois, contre elle.

En Turquie, en Grèce et en Palestine, tout lépreux était expulsé sans pitié de sa famille. Vivant d'aumônes, il se traînait sur les grandes routes, et cherchait, dans quelque hutte isolée, un abri p ur la nuit.

Au Moyen-Age également ces malades étaient exclus de la société ; Charlemagne avait donné des ordres très sévères à cet égard. Leur expulsion se faisait souvent en grande pompe.

Certains habitants, dans les communes, étaient chargés d'examiner les suspects, et sitôt le diagnostic de lèpre posé, les malheureux étaient presqu'enterrés tout vivants ! Les prêtres revêtaient leurs vêtements sacerdotaux de deuil, et les conduisaient à l'église. On les posait sur un catafalque, puis on disait un Requiem, et on leur versait quelques pelletées de terre sur les pieds. Enfin on les conduisait aux portes de la commune, en récitant les prières des morts. Les lépreux regagnaient alors des huttes spécialement construites pour eux, en rase campagne ; ils se munissaient d'un sac de mendiant, de gants et d'une clochette, et devaient ainsi vivre d'aumônes.

Cependant, il y eut de bonne heure des maisons spéciales, des léproseries, appelées en France misselleries. Grégoire de Tours fonda des léproseries déjà en l'an 564. Peu à peu leur nombre augmenta. Au XIIe siècle, on en comptait 2.000 en France, et 19.000 dans toute la chrétienté. Chaque ville, chaque grand village, avait un asile spécial pour les lépreux ; il était généralement voué à saint Georges ; il se trouvait situé dans une partie abandonnée de la ville, ou en dehors des portes ; beaucoup de per-

cation, sur la région précordiale, d'une vessie pleine de glace laissée en permanence jour et nuit, pendant deux ou trois jours environ, rarement davantage. Dans le plus grand nombre des cas, la seule application de la glace a suffi pour rétablir rapidement la régularité des bruits du cœur. Elle a été employée chaque fois avec succès, sur 40 de ces malades, sur lesquels on avait constaté des troubles cardiaques. »

Cure radicale de l'hydrocèle.

D'après la thèse de M. le Dr Georges *Gouffier*, de Paris, la ponction suivie d'injection iodée constitue un mode de traitement de l'hydrocèle, infidèle et inconstant ; elle ne répond pas aux indications pathogéniques de cette affection et la simplicité de son manuel opératoire, seul avantage réel qu'elle présente, ne saurait suffire à faire oublier ses multiples inconvénients (lenteur de la guérison, fréquence des récidives, douleurs, dangers d'hématocèle, de phlegmon, etc.).

L'opération connue sous le nom de cure radicale de l'hydrocèle, constitue au contraire une intervention efficace, assurant rapidement une guérison presque toujours définitive. Rien ne la contre-indique. C'est le traitement de choix de toutes les hydrocèles.

Le procédé de cure radicale de Bergmann, tel que le pratique M. Routier, c'est-à-dire la résection du feuillet pariétal de la vaginale, offre une grande simplicité opératoire, une efficacité certaine, une innocuité absolue ; elle supprime toute chance de récidive et nous semble mériter la préférence de tout praticien sûr de son asepsie.

Le tétanos et le sérum antitétanique.

M. le Dr N. *Letulle* a communiqué récemment une observation de guérison du tétanos, qui mérite d'être rapportée. « Un terrassier de 46 ans, alcoolique invétéré, est apporté à l'hôpital pour une attaque non douteuse de tétanos.

On constate un trismus permanent ; les mâchoires ne s'écartent que d'un centimètre à peine, et la dysphagie est marquée. Roideur de la nuque et de toute la région dorso-lombaire. Le sujet est calme ; il raconte son histoire clairement et attire l'attention sur la jambe droite. Le pouls est à 88 et la T. R. = 38°,4. On trouve à la face interne du tibia droit, vers la partie moyenne, une plaie arrondie, large comme une pièce de un franc, recouverte de croûtes sanieuses, malpropres, et que le malade, variqueux, attribue à une chute datant d'une quinzaine de jours. La sensibilité de cette ulcération variqueuse est très vive et le moindre attouchement y éveille une douleur aiguë.

L'interne de garde pratique, à 7 heures, une injection sous-cutanée de quinze centimètres cubes de sérum antitétanique, et fait donner au malade un lavement de 5 grammes de chloral. Les crises spasmodiques qui, dès l'arrivée, se multipliaient, étant de plus en plus marquées, quoique courtes, M. Letulle décide, à 9 heures du soir, l'injection intra-cérébrale de sérum antitétanique.

Vu l'heure et l'urgence, on a recours à la solution habituelle délivrée par l'Institut Pasteur et on emploie vingt centimètres cubes, qui sont introduits sans difficulté. La technique est des plus simples, pour qui l'a vu pratiquer une fois. Il suffit d'avoir, ce qui était le cas à l'hôpital: 1° du sérum, 2° une seringue de Roux bien stérilisée, de 10 centimètres cubes, munie de ses

---

sonnes généreuses le dotaient de fondations. De nombreux hôpitaux, voués au saint Esprit, à saint Lazare, à saint Georges, qui existent encore, sont d'anciennes léproseries.

Il y avait aussi des ordres religieux, qui se fondaient pour combattre le mal. L'ordre des chevaliers de Saint-Lazare, qui a son siège à Jérusalem, choisissait même son grand chef parmi les lépreux. En Russie et en Allemagne, certains de ces ordres établissaient une léproserie dans chaque endroit.

On ne trouve, dans la littérature, que très peu de renseignements sur l'organisation de ces léproseries ; on sait qu'elles possédaient une chapelle, qu'elles étaient des lieux de pèlerinage, qu'elles recevaient, en dons, des capitaux ou des terres. Mais on n'a aucune donnée sur leur installation intérieure.

Les meilleures léproseries du Moyen-Age avaient tout le confort d'une bonne maison privée. Elles ne répondaient certainement pas à toutes nos idées hygiéniques modernes, quand on les compare à nos asiles actuels ; mais ceux-ci manquent souvent aussi, et même de nos jours, d'air pur et de propreté.

Les lépreux formaient une petite communauté, dirigée par un chef, auquel ils devaient une grande obéissance. Le service était fait par des hommes valides. La commune, dont ils dépendaient, les faisait surveiller par une sorte de bailli des lépreux.

Le costume des malades était particulier et facilement reconnaissable ; il était de couleur sombre ; leur chapeau n'avait pas de bordure ; ils portaient constamment des gants. Quand ils sortaient, ils devaient signaler leur passage en agitant une sonnette. Ils portaient un bâton, qui leur servait à désigner, au marché, les choses dont ils avaient besoin, afin de ne pas être obligés de les toucher avec leurs mains. Un sac servait à recueillir les aumônes. Défense leur était faite de porter des armes.

On voit combien l'hygiène était respectée, au Moyen-Age et même mieux comprise qu'à notre époque.

Dans nos magasins chacun peut toucher toutes les marchandises, fruits, viande, etc., sans être réprimandé, ni obligé de les acheter.

Dans beaucoup de villes, les restes des anciennes léproseries ont été transformés en asile ; il en est de même des maisons des ordres de Lazaristes.

Dans la léproserie de Riga, on trouve des latrines avec une fosse adjacente, une chambre de bains en pierre, et même une installation d'eau.

A mesure que la lèpre disparut, on transforma en asiles les léproseries ; néanmoins, on peut encore, d'après ces restes, reconstituer un peu leur installation primitive. A Jérusalem la léproserie s'appelle « Bir Ayoub ». C'est une construction rectangulaire, ne comprenant qu'un rez-de-chaussée. Il y a 6 pièces, où logent, sans aucun meuble, 45 personnes dont plusieurs familles. C'est ainsi qu'une pièce est divisée en 3 habitations par des cloisons de refend ; chaque division est occupée par une famille ; le chef de famille de l'une a 3 femmes, ceux des deux autres en ont chacun deux. C'étaient évidemment là des conditions déplorables.

Il est un fait à noter, c'est que les lépreux ne supportent pas longtemps cette vie enfermée.

longues aiguilles et d'un court tube en caoutchouc, pour faciliter la manœuvre ; 3° le perforateur de Borrel-Roux, d'une manipulation très facile et nullement dangereuse, quand on a soin d'agir avec prudence.

Ayant assisté deux fois déjà à l'opération faite par Roux et Borrel, M. Letulle n'eut qu'à suivre leur technique. On insensibilise, à la cocaïne, la peau de la région frontale du côté droit en un point, à 5 centimètres de la ligne médiane, correspondant au passage d'une ligne verticale tracée par l'arcade orbitaire externe, et à 8 centimètres environ au-dessus de cette apophyse, par conséquent en pleine substance cérébrale, et selon la 2e circonvolution frontale approximativement. L'incision des parties molles sur un centimètre environ, la rugination du péricrâne, la mise en place du petit perforateur ne demandent que quelques instants. On a soin de maintenir l'instrument bien perpendiculaire à la surface du crâne ; la paroi osseuse est vite traversée, l'aiguille, bien pleine du liquide antitétanique, est enfoncée de 3 centimètres dans le cerveau et fixée à l'aide d'une pince hémostatique pour ne pas par des mouvements de latéralité lacérer la substance cérébrale ; enfin l'injection est poussée lentement (on met dix minutes pour les dix centimètres cubes.)

Pendant ce premier acte, le malade est tranquille, cause et n'éprouve aucun malaise ; il affirme, vers la fin de la séance, que sa mâchoire inférieure est moins immobile qu'auparavant. Suture aseptique au crin de Florence.

Immédiatement après, même intervention sur l'hémisphère cérébral gauche, même opération, même quantité de sérum antitétanique injectée, cette fois, en treize minutes. Pendant cette seconde opération, le malade présente quelques signes d'excitation. Il bavarde et se plaint, vers la fin, des contractures spasmodiques dans les quatre membres ; même suture au crin.

On termine par un curettage énergique dans la plaie de la jambe, où l'on constate la dénudation de l'os. Cette partie de l'intervention est extrêmement douloureuse et occasionne des spasmes violents généralisés. A la fin, le pouls est monté à 120.

Les suites furent des plus simples : dès 11 heures du soir, la température était descendue à 37°4, mais le malade ne dormant pas, on lui donne un second lavement de 5 grammes de chloral.

La nuit fut agitée ; accès spasmodiques violents et douloureux ; vers 4 heures du matin le malade s'assoupit : à 7 heures, son pouls est à 120, la respiration à 20 et la température à 38°. L'état spasmodique étant le même, on injecte sous la peau 20 centimètres cubes de sérum antitétanique et l'on donne un 3me lavement de 5 grammes de chloral. A midi, calme réel et assoupissement. Le soir, un quatrième lavement de chloral (5 grammes) et 10 cm. c. de sérum antitétanique sous la peau.

Le 7 avril, le trismus diminue manifestement, mais on continue le chloral et 10 cm. c. de sérum sous la peau. Le 8, de même. Le 9, on injecte encore 20 cm. c. de sérum.

Enfin le 14, la convalescence commença, la température, qui avait oscillé tout ce temps entre 37°,3, et 38°,8 ne revenait à la normale que le 17. Jusqu'au 18 cependant, le chloral était encore administré, afin d'obtenir un calme prolongé pendant les nuits.

L'observation est intéressante à plus d'un titre. Tout d'abord, le diagnostic n'est pas douteux : jamais l'hystérie alcoolique ne présente

---

Ils ont un besoin de liberté, qui les pousse à quitter l'asile, dès qu'ils se sentent un peu fortifiés ; ils n'y reviennent que lorsque leur situation s'est aggravée.

A notre époque, on vit apparaître les premiers asiles de lépreux dans le sud de la Russie, en 1835 et 1847. Mais ils disparurent rapidement, car, pas plus en Russie qu'en Turquie, on ne croyait l'épidémie sérieuse.

Il faut signaler, à présent, les asiles établis dans l'Afrique du Sud, où règne la lèpre. Les Hollandais en construisaient en 1817. En 1847, les Anglais transformaient l'île de Roben Island en colonie lépreuse. En 1891, ils arrangèrent cette installation pour 700 malades. Il y avait des baraques ; chacune d'elles comprenait une salle à manger, une chambre à coucher, une chambre de jour, une antichambre et une salle de bains.

Au milieu de cette colonie, divisée suivant les races, sont une église et une auberge.

Chaque division comporte une infirmerie.

La lutte contre la lèpre fit de grands progrès en Norvège sous l'influence d'Armauer Hansen. En 1856, il y eut une léproserie à Bergen ; puis en 1861 à Drontheim, et enfin à Molde. L'admission dans ces asiles ne se fait pas de force.

La Suède, bien que possédant moins de lépreux, suivit l'exemple de sa voisine. la Léproserie, construite en 1867 pour 30 malades, est à Jerfsö, au nord de Stockholm.

Les léproseries sont également nombreuses en Russie ; le fleau y règne dans les provinces orientales et sur les bords de la Caspienne et de la Mer Noire. La première fut installée aux portes de Dorpat en 1891. C'est une villa, installée pour 20 lits. Il y a un bâtiment, à simple rez-de-chaussée, qui sert d'habitation; à côté se trouvent une petite auberge, une écurie avec remise et une salle de bains. Cette organisation montre comme on a su tirer parti d'une maison de campagne pour en faire à peu de frais un asile.

La léproserie de Riga peut être citée comme modèle. C'est une maison à un étage. Elle se compose d'une partie centrale, où sont des salles de réunion et d'auberge, et de deux ailes, l'une destinée aux hommes, l'autre aux femmes. Il y a aussi un pavillon pour le médecin, une chapelle, avec salle des morts et laboratoire bactériologique, des écuries, etc. Tout autour sont un parc et des jardins. Il y a place pour 60 malades.

Il existe encore une dizaine de léproseries semblables, dans toute la Russie

Uue léproserie de 60 lits existe aussi à Reykjawik, en Islande.

En somme, toutes ces léproseries sont de trois types : ou bien on emploie des constructions anciennes, telles que ferme, station de poste, séminaire, etc., qu'on organise en asiles — ou bien on élève des bâtiments neufs, suivant le système des corridors, ou des pavillons, —ou enfin on établit la colonie lépreuse telle que celle des Anglais, à Roben Island, en Afrique.

Pour terminer, le Dr Kirchner donne la description de la léproserie qu'il a fait construire dans l'arrondissement de Memel (en Allemagne) où la lèpre a fait son apparition. L'asile a été inauguré le 20 juillet 1899.

Il se trouve dans un petit bois, situé au nord de

une allure tétaniforme à ce point. Ensuite, le tétanos ici, a eu une marche aiguë, puisqu'il était guéri au 20e jour de la maladie ; on ne saurait donc mettre en cause une forme légère ou bénigne de l'infection tétanigène, pour expliquer la curabilité de ces cas : les formes bénignes sont, d'ordinaire, prolongées ou réitérantes. On notera de même, le réveil de l'alcoolisme au décours de la maladie aiguë, alors que la diète d'alcool se prolongeant, mettait le malade dans les conditions les plus favorables à l'explosion du délire toxique aigu, si commun chez les buveurs immobilisés par un traumatisme, ou par une maladie aiguë non chirurgicale.

Enfin, le chloral administré, *larga manu*, ne produisit que peu d'effet et ne donna, même à la fin, que peu d'heures de détente et de sommeil.

Survie latente dans la mort apparente.

M. le Dr J. V. *Laborde*, l'ardent apôtre de la méthode de la résurrection des pseudo-morts, par les tractions rhythmées de la langue, explique de la façon suivante, le phénomène qu'il a découvert et dont il a tiré de si belles déductions pratiques.

Lorsque survient la mort de l'organisme, l'extinction de ses fonctions vitales, deux phases successives se présentent à l'observation : une première phase, dans laquelle se produit la suspension des fonctions essentielles au maintien de la vie, fonction de respiration et de circulation, mais dans laquelle persistent encore, d'une façon latente, sans mise en jeu et sans manifestations extérieures, les propriétés fonctionnelles des tissus et des éléments organiques ; et une deuxième phase, dans laquelle ces propriétés fonctionnelles s'éteignent et disparaissent elles-mêmes, dans un certain ordre de succession et de subordination, que l'analyse expérimentale appliquée à l'étude générale de ce fonctionnement, a permis de déterminer de la façon suivante :

La propriété sensitive s'éteint et disparaît la première ;

La fonction motrice ou motricité nerveuse, la deuxième ;

En troisième et dernier lieu, la contractilité musculaire.

Mais, si tel est l'ordre réel et constant de succession et de subordination des phénomènes, la notion relative au temps réel, à la durée aussi exacte que possible, de persistance et de survie des propriétés fonctionnelles respectives en question, n'a pas été donnée — et elle ne pouvait l'être — par le procédé technique qui a, jusqu'à ce jour, présidé à cette recherche et qui est essentiellement le procédé d'électrisation directe.

L'excitant électrique, aussi bien que les méthodes mécaniques et les moyens chimiques, ont le tort de léser les tissus et, par conséquent, de fausser les résultats.

M. Laborde trouve, au contraire, dans la traction linguale systématisée, le procédé mécanique le mieux approprié à la recherche dont il s'agit ; si bien que son application a révélé une persistance, une durée jusqu'alors inconnues de la survie latente, intérieure, des propriétés fonctionnelles de l'organisme mort extérieurement.

Auto-inoculation de furoncles ; protection par le vernissage.

Il est incontestable que les auto-inoculations sont une des causes de la longue durée de la fu-

---

la ville de Memel ; il peut contenir 16 malades. La distribution rappelle un peu celui de Riga, décrit plus haut. Il y a aussi une partie centrale et deux ailes, réunies à la première par des corridors couverts. La construction ne comporte qu'un rez-de-chaussée. Dans la partie centrale, on trouve une chambre de sœur, un cabinet médical, un laboratoire bactériologique, une cuisine, une salle à manger. Chaque pavillon de malades comporte 4 chambres à coucher, de 2 lits chacune, une chambre de jour, une toilette, une antichambre, l'office, la salle de bains et les water-closets.

L'aspect général en est excellent. Les murs des chambres n'ont que 3 m. 1/2 de hauteur, mais chaque malade dispose de 37 m. cubes d'air. Les murs renferment un matelas d'air. Le plancher est en asphalte recouvert de linoleum. La ventilation est très bien assurée. Le chauffage se fait au moyen de fourneaux à combustion lente. Tous les meubles sont faits de verre et de fer. Il y a une installation d'eau. Au lavabo, chaque malade dispose d'une cuvette individuelle, à eau chaude et eau froide. Dans la chambre de jour se trouvent des journaux, une bibliothèque et des jeux.

Derrière la maison se trouvent des écuries pour le gros et le petit bétail, un bûcher et une salle de désinfection. Un jardin spacieux, en partie potager, en partie jardin d'agrément, entoure la maison, et se trouve à la disposition des lépreux. Il y a un directeur, deux sœurs de charité et deux domestiques.

Actuellement cet asile renferme dix malades. Presque tous ces cas ont été importés. Il serait bon, sous ce rapport, d'imiter les Etats-Unis de l'Amérique du Nord, qui défendent l'entrée de leur pays à tous les lépreux. Tous les vaisseaux étrangers sont soumis à une quarantaine, et les lépreux sont obligés de réintégrer aussitôt leur pays d'origine. En Allemagne on ne bannit actuellement que le choléra, la peste, et la fièvre jaune.

Il est une remarque importante à faire, c'est que les léproseries, dans lesquelles se trouvent des gens, qui ne se sentent pas précisément malades, et peuvent vivre de 10 à 20 ans, ne doivent pas être construites comme des hôpitaux ordinaires. Il faut que les lépreux, à qui il est naturellement défendu d'en sortir, puissent y circuler librement, et s'y livrer au jeu et au travail. Il faut y installer de grands jardins, des ateliers, etc. pour que les malades ne s'y ennuient pas, et puissent encore se rendre utiles.

Il serait à désirer que les personnes atteintes de lupus, de cancer, de tuberculose, de syphilis et autres maladies chroniques, soient exclues de leur famille, non pas avec la rigueur barbare des temps anciens, mais dans l'esprit moderne de l'humanité et de l'hygiène.

Il faudrait leur établir des asiles de retraite, où elles pourraient mener une existence raisonnable, jouir de la paix et du bien-être et trouver une bonne mort.

Espérons que l'on donnera aussi une plus grande extension aux Asiles de convalescents !

---

ronculose abandonnée à elle-même ou mal soignée. On a cherché à les prévenir par l'application sur les furoncles d'un emplâtre emplastique simple ou percé de trous. Ces moyens ont l'inconvénient d'empêcher les pulvérisations et les pansements humides. M. le docteur de Crésantignes croit atteindre ce but en désinfectant la peau autour du furoncle et en la vernissant avec du collodion élastique, du stérésol ou de la traumaticine, en respectant les furoncles eux-mêmes. Le vernissage permet d'appliquer, sur les furoncles, toute espèce de pansements, y compris l'antique cataplasme qui, selon cet auteur, soulage et hâte la maturation, bien mieux que tous les autres pansements et les pulvérisations phéniquées.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

L'atrophie sénile et la résorption des cellules.

Nous empruntons à la *Presse médicale* le résumé des idées de Metchnikoff sur l'atrophie sénile, qui ont fait tant de bruit dernièrement dans le public et que M. Weinberg paraît avoir réussi à mettre à la portée des profanes de l'Institut Pasteur.

« Evidemment, les documents sont encore trop peu abondants pour déterminer la cause et le mécanisme de l'atrophie sénile. Les faits les mieux connus sont hostiles à la théorie de l'extinction de la fonction de multiplication des éléments cellulaires. L'artério-sclérose ne peut être défendue. Il est probable que la sénilité résulte d'une lutte entre les différents éléments des tissus, lutte qui devient, avec l'âge, de plus en plus intense. Les macrophages, qui se transforment en tissu conjonctif, restent victorieux ; la phagocytose est le moyen. De tous les organes exposés au combat, l'ovaire est le plus délicat le moins résistant, partant le plus exposé. Les cellules nerveuses viennent ensuite, avec leur faible résistance aux poisons (Roux, Borrel, Besredka).

« Que l'on songe au nombre incomparable de substances toxiques passant par l'organisme, on comprendra l'affaiblissement des cellules nobles plus vite et plus sûrement affectées, et la prédominance des phagocytes. L'atrophie sénile ainsi étendue ne serait qu'une sorte de *macrophagite* déterminant la disparition des éléments nobles devenus incapables d'assurer leur propre défense. L'affaiblissement de ces éléments précéderait leur englobement par les phagocytes.

« S'il en était ainsi, l'homme ne pourait-il pas intervenir en faveur de ses éléments organiques ? L'expérimentation doit être dirigée de la façon suivante : il y a peut-être dans l'organisme des substances qui renforcent la défense des éléments nobles. On cherchera dans les organes embryonnaires doués d'une vitalité énergique ces substances défensives. D'un autre côté, il est plus facile de lutter contre la voracité des phagocytes, et l'on peut prévoir la découverte de sérums contre toutes sortes d'éléments cellulaires, en particulier contre les macrophages, ces ennemis des éléments nobles dans la vieillesse.

« On a le droit d'espérer qu'un jour viendra où des sérums obtenus à l'aide d'éléments appropriés pourront lutter contre les lésions atrophiques ou hypertrophiques des organes.

« En somme, l'atrophie sénile peut être comparée à l'inflammation chronique caractérisée essentiellement par une lutte constante entre les macrophages et les éléments nobles de nos organes usés et affaiblis.

Pour intervenir dans cette lutte intercellulaire et prévenir l'atrophie sénile, il faudrait trouver le moyen ou bien de renforcer l'élément noble ou bien d'affaiblir le macrophage. C'est surtout ce dernier qui intéresse pour le moment M. Metchnikoff, qui nous apprend, dans son dernier travail, comment se comporte le mononucléaire à l'égard des cellules vivantes introduites dans un point quelconque de l'organisme animal, et quelles propriétés nouvelles acquièrent, avec le temps, les humeurs organiques à la suite des injections répétées des différents éléments vivants.

En injectant du liquide spermatique d'un animal (taureau, homme, etc.) dans la cavité péritonéale du cobaye, M. Metchnikoff a vu que ce liquide provoque une phagolyse (destruction des phagocytes) intense, suivie bientôt de l'apparition d'un nombre considérable de nouveaux mononucléaires, qui englobent les spermatozoïdes. Ces derniers, sont toujours pris par leur partie céphalique ; leur queue, d'abord libre, en dehors du leucocyte, continue pendant quelque temps ses mouvements caractéristiques qui font progresser le leucocyte ayant englobé leur tête. Preuve, que les spermatozoïdes sont saisis à l'état vivant.

Que l'on répète ces injections plusieurs fois, et le sérum de l'animal en expérience acquiert la propriété d'immobiliser très rapidement les mouvements des spermatozoïdes. Ce résultat est d'autant plus remarquable, que M. Metchnikoff a pu constater que le sérum du cobaye neuf est beaucoup plus favorable aux mouvements de l'élément spermatique que le liquide spermatique lui-même.

Le sérum sanguin des cobayes préparés par les injections répétées de liquide spermatique ne peut ni agglutiner ni dissoudre les spermatozoïdes.

Des résultats plus intéressants encore ont été obtenus, quand les expériences furent faites avec les hématies d'oie.

Les globules rouges d'oie introduits dans la cavité péritonéale du cobaye sont, en grande partie, englobés par des mononucléaires ; quelques-uns deviennent la proie des polynucléaires, mais aucun ne subit une destruction extracellulaire. Trois ou quatre jours après l'injection, toutes les hématies sont englobées totalement par les mononucléaires, dont on ne voit plus de trace dans la cavité péritonéale.

Les frottis et les coupes de tous les organes ont montré que les macrophages quittent la cavité péritonéale pour venir d'abord dans l'épiploon, où ils forment de petites nodosités. On en trouve également beaucoup dans les ganglions mésentériques. La rate, le foie, servent aussi de refuge à ces macrophages, mais ils y sont moins nombreux. Ces mononucléaires

passent dans la circulation générale, puisque M. Metchnikoff a pu reconnaître les hématies d'oie intraleucocytaires, grâce à leur forme caractéristique en « tonneau », dans la veine cave inférieure et même dans le cœur.

J. Bordet et après lui MM. Ehrlich et Morgenroth ont démontré que le sérum sanguin des cobayes ayant été injecté avec des globules rouges d'un autre animal, acquiert trois substances hémolytiques : substance agglutinante, substance dissolvante (alexine de Bordet ou addiment d'Erlich), et, enfin, une substance qui favorise l'action de la substance dissolvante (substance sensibilisatrice de Bordet ou corps immunisant d'Erlich). Ces substances apparaissent également dans les humeurs du cobaye auquel on injecte des hématies d'oie.

La substance agglutinante apparaît tout d'abord dans le liquide péritonéal (quarante-huit heures après l'injection) et ne se manifeste dans le sérum sanguin que vers le sixième jour. La propriété dissolvante ne se montre dans le sang qu'après la substance agglutinante et disparaît bien avant elle.

D'autres liquides organiques, comme : sérum de la lymphe péritonéale, liquide péricardique et liquide d'œdème, sont de beaucoup moins actifs.

M. Metchnikoff a recherché quel est l'organe qui fournit aux humeurs les anticorps, c'est-à-dire les substances attaquant les cellules vivantes. Pour cela, il a étudié l'action sur les hématies d'oie de tous les organes de cobaye triturés dans la solution physiologique de chlorure de sodium.

Il résulte de ses expériences que chez le cobaye neuf les anticorps se trouvent surtout dans l'épiploon et les ganglions mésentériques, et en partie dans la rate, c'est-à-dire dans les organes producteurs de macrophages. La moelle des os n'en contient pas, ce qui s'accorde très bien avec la découverte d'Ehrlich, qui dit que cet organe est la source principale des leucocytes polynucléaires et éosinophiles.

De cette expérience découle ce fait que les anticorps sont fournis par les macrophages, et M. Metchnikoff démontre que ces derniers ne sécrètent la substance hémolytique que quand ils ont fini la digestion intracellulaire.

Des faits très précis viennent appuyer l'hypothèse de l'auteur, d'après laquelle les substances dissolvantes se trouvent dans les macrophages.

Après l'injection dans la cavité péritonéale des hématies d'oie, il se produit d'abord une phagolyse très marquée. L'auteur a supposé qu'il existe une relation entre la dissolution des phagocytes et l'apparition dans le liquide péritonéal des substances dissolvantes. Pour se convaincre qu'il en est ainsi, il devait donc, dans ses expériences, supprimer autant que possible la destruction des mononucléaires. Il y est arrivé en recourant aux deux expériences suivantes.

M. Metchnikoff utilise d'abord le fait intéressant remarqué par M. Besredka, que l'acide carbonique provoque une phagocytose très intense chez les animaux en expérience. En injectant dans la cavité péritonéale du cobaye des hématies d'oie saturées d'acide carbonique, il a pu constater que, dans ces conditions, la dissolution extra-cellulaire est presque nulle et que presque toutes les hématies conservant leur hémoglobine ont été englobées par les mononucléaires arrivés dans cette région en nombre très considérable.

Dans une autre expérience, il injecte sous la peau du cobaye des hématies d'oie débarrassées complètement de sérum sanguin par la centrifugation et le lavage dans l'eau physiologique. La phagolyse est alors absolument nulle, mais on n'y trouve pas non plus de dissolution extracellulaire des hématies ; toutes les hématies, sans exception, sont englobées par des phagocytes.

Ayant démontré ainsi que les macrophages jouent un rôle considérable dans la destruction des cellules vivantes dans l'organisme, M. Metchnikoff a recherché si l'on peut également obtenir des sérums paralysant l'action des macrophages.

Dans ce but, il a injecté sous la peau des cobayes des rates de rats broyées dans la solution physiologique de chlorure de sodium, et il a vu que le sérum sanguin des cobayes en expérience acquiert, à la longue, la propriété d'agglutiner et de dissoudre les globules blancs suspendus dans la lymphe abdominale des rats. Ce sérum détruit les polynucléaires et les cellules d'Ehrlich, en même temps que les mononucléaires ; ceux-ci sont atteints les premiers.

Pour trouver un poison spécial pour les mononucléaires, l'auteur a repris ses expériences avec les ganglions lymphatiques du mésentère de lapin qui ne contiennent que des mononucléaires. Mais le sérum obtenu, même dans ces conditions, détruit les polynucléaires aussi bien que les mononucléaires.

Il faut remarquer que les sérums antileucocytaires obtenus par M. Metchnikoff sont spécifiques, c'est-à-dire qu'ils n'agissent que contre les leucocytes de l'animal dont les organes lymphatiques triturés ont servi pour les injections.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le stage pour les jeunes médecins.

M. le Dr Dumas, de Ledignan (Gard), publie dans le premier numéro de l'*Echo médical des Cévennes*, auquel nous souhaitons la bienvenue, un intéressant article sur cette question à laquelle nous avons déjà touché tant de fois, et qui semble si bien avoir été résolue par les *assistants* des praticiens anglais.

Il y a bien longtemps déjà que ce projet de stage me trotte dans la tête. Pourquoi ne l'ai-je pas publié plus tôt ? Pour deux raisons : la première, c'est qu'il me fallait avoir vu débuter beaucoup de jeunes confrères, pour être sûr que mes pénibles débuts, loin d'être une exception, rentraient tout à fait dans la règle ; la seconde, c'est que pour toucher à tant et de si respectables intérêts privés, sans parler de l'intérêt public, il fallait n'être plus un praticien militant, mais un médecin qui s'achemine lentement vers un demi-repos, précurseur de la retraite. Voilà ce qui m'a fait taire jusqu'à ce jour, et voici pourquoi je me décide à parler.

Sauf pour quelques privilégiés, internes des hôpitaux ou fils de médecins, et quelques écervelés, — rare exception, je veux le croire — les débuts dans la carrière médicale sont, pour tout jeune

homme sérieux, l'occasion des préoccupations les plus pénibles, de souffrances morales capables, parfois, de compromettre pour toujours sa santé et son bonheur : « Non, me disait un jour un jeune, intelligent et honnête confrère, non, je ne me faisais pas une idée des difficultés du début ; en voyant diagnostiquer et opérer mes maîtres, il me semblait facile de faire, un jour, comme eux, et parce que leur responsabilité m'apparaissait à peu près nulle — elle n'est jamais bien lourde à l'hôpital — je ne me doutais pas de quel poids m'écraserait un jour la mienne. Ah ! si j'avais su ce qui m'attendait ! Je souhaite naturellement d'avoir des malades, et dès qu'on vient me quérir, je suis saisi d'une crainte qui me fait perdre tout sang-froid, brouille toutes mes connaissances en pathologie. C'est dans cet état d'âme en détresse, que je m'approche du malade, et que, neuf fois sur dix, ma main, à mon insu, s'abat sur son pouls et feint d'en compter les pulsations. Allez, s'il me rendait la pareille, je ne sais pas qui de nous deux aurait le plus de fréquence et d'irrégularité.

Et encore, un malade, on s'en tire toujours, ne serait-ce qu'avec un julep gommeux ou un papier Rigollot ; mais s'il s'agit d'un blessé qu'on croit atteint d'une fracture ou d'une luxation, brrr... un froid glacial m'effleure les vertèbres. — Est-ce le membre inférieur ? — Oui, Monsieur le docteur, il n'a pu marcher, on a dû le porter, et ce qu'il criait, le malheureux ! — Est-ce la jambe ou la cuisse ?— Nous autres, on n'est pas médecin, on ne peut pas savoir, mais on ne me lèverait pas de la tête que c'est la hanche qui est déboîtée.

Le misérable, il vient de m'assommer, je sens mes jambes fléchir, une sueur froide me baigne les tempes.

Et les accouchements ? Certes, ce n'est que trop vrai, « la femme accouche avec douleur », mais le jeune accoucheur, lui qui n'a pas prêté l'oreille aux conseils du serpent, et n'a pas goûté à la pomme, est-il juste qu'il souffre ainsi ?

C'était la nuit, je dormais d'un profond sommeil, toc, toc, brusquement réveillé je cours à la fenêtre : — Monsieur le docteur, venez vite, ma femme peut pas le faire, c'est la sage-femme qui m'envoie, elle dit que ma femme est trop étroite, qu'il faut le tirer avec des fers, venez vite, vite.

— Non, jamais je n'aurai la force ! mes muscles, tout d'un coup ramollis, ne peuvent soulever mes bras, mouvoir mes jambes, et ma tête est d'un vide! Tant bien que mal, je m'habillai pourtant et, muni du forceps, je suivis le mari. Bientôt nous arrivâmes, oui, bientôt, quoique ce fût assez loin ; j'aurais tant désiré que le chemin durât toujours. La sage-femme, qui me reçut dans la chambre à côté, n'était ni jeune, ni jolie, eh bien ! mon cher confrère, je crois que je lui fis la cour, tant j'avais besoin de son appui. Elle s'aperçut vite de mon effroi, et tout de suite s'empara du rôle que je ne savais pas garder et en eut le langage : — Docteur, le cas est grave, très grave, mais j'espère bien qu'à nous deux nous en viendrons à bout. Votre prédécesseur, le regretté docteur X..., que Dieu ait son âme, le cher homme ! me disait souvent : Eugénie, — c'est mon petit nom, il m'avait vu naître — Eugénie, qu'il me disait, vous avez de l'expérience et de l'adresse, c'est grâce à vous, je me plais à le reconnaître, que j'ai pu mener à bien tant d'accouchements laborieux, aussi je ne manque jamais de dire à la famille de vous rétribuer presqu'à l'égal de moi-même. Ah ! quel homme, docteur ! Mais pour en revenir à la parturiente, je dois vous dire que, malgré un travail déjà long et des efforts soutenus, la tête ne progresse pas, reste fixée au détroit supérieur. Vite, prenez votre forceps, et allons faire l'opération.

C'était une toute jeune primipare : haletante, baignée de sueur, torturée, déchirée par cinq ou six heures d'efforts, elle cessa tout d'un coup de souffrir en me voyant entrer, tant fut grande la peur que je lui inspirai. Pauvre femme, elle ne se doutait pas jusqu'à quel point son émotion était partagée.

« Oui, c'est bien la tête, mais qu'elle est haute, mon index effleure à peine le sommet ! Quand je vous le disais, s'écria ma docte sage-femme. Et prenant le commandement, elle donne des ordres qui n'admettent pas de réplique et place la femme en position obstétricale. J'introduis la main droite, je la porte haut, très haut, suivant la recommandation de mes maîtres, et je... oui, c'est l'épaule ! !... Est-ce vrai que le bien naît parfois de l'excès du mal ? J'incline à le croire, depuis que j'ai vu le sang-froid naître en moi d'un excès de peur. Ce fut instantané ; un courant, qui électrisa tout mon être, illumina mon cerveau. — Non, dis-je à la sage-femme, qui me tendait une branche du forceps, non, je crois que je pourrai extraire l'enfant sans le secours d'un instrument. Et, en effet, cinq minutes plus tard, je tirais par les jambes une petite fille vivante que je lui remis du geste d'un homme qui en a bien vu d'autres. Inutile d'ajouter que je repris aussitôt le commandement, et fis sentir à cette accoucheuse que quand j'étais là elle devait rester garde-couches. Hélas ! quelques jours plus tard, auprès d'une éclamptique, je ne fus pas brillant, elle reprit le sceptre et le garda les quelques heures, que vécut la pauvre femme. Ce qu'il me faudra de succès pour faire oublier ce revers ! »

Ainsi narrait notre jeune confrère, n'ayant pas l'air de se douter que son histoire était la mienne et, sans doute, la vôtre aussi, mon cher lecteur.

Eh bien, est-il sage, à bien des points de vue, de lancer ainsi un jeune homme sans expérience professionnelle, au milieu des difficultés de la pratique, comme on le jetterait à l'eau pour lui apprendre à nager ?

Non, je ne le pense pas, et un stage de huit mois à un an, lui serait, ce me semble, au moins aussi utile qu'il l'est au pharmacien pour faire une potion, et au jeune avocat pour défendre un citoyen ou... en attaquer un autre.

Ce stage devrait se faire non à l'hôpital, mais chez un praticien expérimenté et honorablement connu, au choix de l'intéressé, sur une liste dressée, chaque année, par une commission compétente. Accompagnant son maître chez presque tous ses malades, revoyant seul les cas simples et sans gravité, le jeune stagiaire s'initierait vite, sans peine et sans péril — pour lui et pour les autres — aux difficultés de la pratique, aux exigences du métier. Au bout de huit, dix mois, un an, il aurait, à peu près, appris tout ce qu'on n'apprend pas à l'École, tout ce qui manque au jeune docteur pour faire un praticien habile.

Mais j'entends l'objection et n'en méconnais pas la valeur : ce stage va rendre plus onéreuses encore les études, et créer un titre « docteur-praticien » bien long à obtenir. Il y a là du vrai, mais moins que ce qu'on pourrait croire :

Et d'abord, si la mesure que je propose n'avait d'autre conséquence que d'éloigner quelques jeunes gens d'une carrière où il n'y a déjà plus de vides à remplir, il faudrait s'en applaudir, et pour ceux qui y viendraient encore, et pour ceux qui n'y viendraient plus. Le remède, si c'en était un contre le trop plein, vaudrait certes mieux pour l'étudiant et pour le public, que le retour au service de trois ans que l'on a osé proposer.

Mais je ne crois pas que ce stage portât un si grand préjudice au jeune médecin, et par suite au recrutement de nos Facultés de médecine. Tout praticien qui serait autorisé à prendre un stagiaire, devrait lui assurer le gîte et le couvert, et quelques-uns iraient, sans doute, à la petite indemnité pécuniaire. Et ce serait justice, car le jeune confrère apporterait, à la fois, aide et considération. Nul doute, en effet, que le public n'attachât bientôt l'idée d'un mérite réel à l'autorisation de former un jeune praticien.

Le jeune homme, de son côté, trouverait de sérieux avantages dans cette association temporaire,

Admis dans la famille, il prendrait là, tous les jours, de bien utiles « leçons de choses ». En voyant, par exemple, tout ce que possède la maîtresse de maison, ou, peut-être, tout ce qui lui manque, pour être la digne compagne d'un médecin, il pourrait, un jour, mieux choisir la sienne. C'est ainsi que, peu à peu, il apprendrait tout à la fois à entrer dans le monde et à soigner ses clients et sa clientèle.

On m'objectera peut-être aussi que le jeune stagiaire pourrait se ménager des intelligences dans la place, et, son stage fini, essayer de supplanter le premier occupant. Il serait bien facile de prévenir cette tentative de spoliation, par un article inséré dans la loi, qui interdirait au jeune praticien de s'établir dans la ville, le canton ou l'arrondissement où il aurait fait son stage.

Quoi encore? Je n'ai pas la prétention de prévenir toutes les objections que mon projet de stage soulèvera, mais loin de les craindre, ces objections je les appelle de tous mes vœux, et je prie mes confrères de me les soumettre directement par lettre. Nous pourrons ainsi les étudier ensemble, et de nos communs efforts naîtra, peut-être, un projet de loi que nous publierons dans le prochain numéro de ce journal, et sur lequel nous ferons plébisciter tous les médecins du département? Que vous en semble ?

BULLETIN DES SYNDICATS

et Sociétés locales.

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

Séance du Jeudi 12 octobre 1899.
Présidence du Dr JEANNE.

La séance est ouverte à 4 heures 1/2, à l'Hôtel Terminus.

34 membres sont présents, et 13 valablement excusés.

M. le Dr Jeanne, président, ouvre la séance et présente deux nouveaux confrères :

M. LOGEREAU, d'Orsay (parrain M. Debord, d'Orsay).

M. TRÉJET, de Franconville (parrain M. Giberton), qui sont admis à l'unanimité.

Allocution du Président.

Le Président remercie ensuite les membres du Syndicat de la confiance dont on ne cesse de lui donner des preuves en l'appelant encore une fois à continuer la tâche si bien conduite jusqu'ici par MM. de Fourmestraux, Darin, Pineau, Giberton-Dubreuil, et que le trop modeste confrère Ribard a esquivée pour un temps.

Puis il aborde l'ordre du jour.

Depuis notre dernière réunion, dit-il, nous avons entamé les poursuites contre le rebouteur dont il a été question. En ce moment, le Parquet fait une enquête — huit cas non prescrits sont retenus contre lui. Une de ses victimes s'est portée partie civile, de sorte que l'affaire se corse au mieux de nos intérêts. Le Dr des Chesnais la suit en vertu du mandat que vous lui avez confié.

Vos délégués à l'élection d'un membre du Conseil de la Mutualité n'ont pu voter par suite de l'imbroglio administratif qui leur a laissé ignorer le jour, le lieu et l'heure du vote. Je n'en ai pas moins à vous annoncer que c'est M. le Dr Pouliot qui a été élu.

Messieurs, j'ai émis le vœu, à la dernière réunion de la Société locale, que la séance annuelle de celle-ci coïncidât avec une de celle des syndicats du département, se tînt sous le même toit, et se terminât par un banquet commun, sous la présidence de notre confrère Rist, que l'Association s'applaudit tous les jours d'avoir mis à sa tête. Ne pensez-vous pas qu'il y ait intérêt à rapprocher ainsi tous ceux qui font de la solidarité sur le terrain de la bienfaisance et sur celui de la défense professionnelle? Chaque Société trouvera là l'occasion de recruter des adhérents nouveaux; les assidus de toutes les réunions feront économie de déplacements onéreux et préjudiciables; on apprendra à se connaître entre médecins qui habitent tous le département; enfin, on fera converger vers un but commun les efforts des groupes d'arrondissement, et nos rapports avec la Préfecture et le Conseil général se trouveront ainsi assurés, d'une façon permanente, sans que nous ayons à ressusciter, par des cotisations nouvelles, l'ancienne Fédération des Syndicats de Seine-et-Oise.

Si tel est votre avis, je vous serais obligé d'émettre, à votre tour, un vœu que nous porterons à la connaissance des autres sociétés. *(Adopté à l'unanimité.)*

En remerciant M. le Dr Bernard (de Juvisy) d'avoir bien voulu venir ici représenter le Syndicat de Corbeil dont il est le vice-président, je m'empresse de lui confier le soin de plaider cette cause près des confrères de son arrondissement. Notre ami de Grissac, président du Syndicat de Pontoise, serait bien aimable de se charger du même rôle dans sa région.

Plusieurs confrères, entre autres M. le Dr Surre, m'ont adressé les statuts d'une Société intitulée : « la Fraternelle médicale pharmaceutique » et m'ont demandé de formuler un avis à ce sujet. Je l'ai déjà fait dans le *Concours médical*.

Cette Société a pour but une vaste assurance contre les dépenses et les frais de toutes les maladies en général et la circulaire nous demande à quel prix réduit chaque médecin consentirait à traiter les assurés, en forfait par an et par tête d'assuré.

En somme, c'est l'abonnement en grand. Il est possible que cet essai ne soit pas sérieux; on l'a déjà tenté sans succès. Mais je pense qu'il ne faut pas répondre à cette circulaire, car on veut nous entraîner dans une voie où nous avons tout à perdre et rien à gagner.

Dans votre séance extraordinaire de juillet, où nos confrères de Pontoise avaient bien voulu se joindre à nous, vous aviez donné mandat à M. de Grissac et à moi-même, de nous entretenir avec les députés de la région du moyen de sauvegarder nos intérêts, dans les services d'ordre médical, que nous pourrions être appelés à rendre à la *Caisse nationale d'assurances*, ressuscitée à la faveur de la loi sur les accidents du travail.

Ces démarches sont commencées. M. Berteaux, député, s'emploie, avec la plus grande activité, à nous aider à convaincre M. le Ministre du Commerce qu'il y aurait urgence : 1° à décréter que le Tarif du Concours devient celui de la *Caisse nationale*; 2° à faire savoir aux juges de paix qu'ils feront bien de le prendre pour base de leurs arrêts relatifs au 2e paragraphe de l'article 4, en attendant que les départe-

ments, à l'exemple de la Gironde et comme nous l'avions proposé dès le mois d'avril 1898, en aient fait leur *tarif chirurgical d'assistance*. Les choses en sont là : je regrette de ne pouvoir vous apporter encore à cette heure que mes espérances.

L'Assemblée confirme à M. le Président le mandat qu'elle lui avait confié à la précédente séance pour mener à bien ces démarches.

La loi sur les accidents du travail

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la question de la loi sur les accidents. Avez-vous des remarques à faire sur l'application de cette loi ?

M. Lécuyer. — Beaucoup de patrons conseillent à leurs ouvriers de ne pas avoir de médecins quand le sinistre est léger, et soignent eux-mêmes leurs blessés.

M. Calbet. — J'ai vu un blessé soigné par son patron pour éviter les frais de médecins. Il est vrai que l'état du blessé s'étant aggravé, on a fini par me faire appeler, et j'ai fait comprendre au patron à quel danger il s'exposait.

M. Lécuyer. — Je sais que c'est la Compagnie d'assurances qui conseille d'éviter le plus possible les frais médicaux.

M. Pluyaud. — J'ai adressé notre tarif à diverses compagnies d'assurances. Toutes m'ont répondu par le leur que j'ai refusé. Pour la Compagnie *le Soleil*, j'ai su, par l'intermédiaire d'un ami, que notre Tarif était jugé inacceptable. Or, quelques jours après, un sinistre est arrivé pour cette Société ; les soins se sont montés à 46 francs, et la Compagnie m'a tout payé sans mot dire.

M. Rousseau. — Avec la X, j'ai tenu bon pour le forfait de 15 francs, et j'ai fini par avoir gain de cause.

M. Jeanne. — Vous voyez, Messieurs, que nous n'avons qu'une chose à faire : ne pas tenir compte des prix des Compagnies, et si celles-ci refusent de nous payer ce que nous demandons, adressons-nous aux patrons responsables. Voilà la règle générale. (Adopté.)

M. le Président. — Quelqu'un de nous a-t-il fini par céder à certaines Compagnies ?

M. Bertillon. — A Maisons-Laffitte, nous avons tous cédé à 12 francs, par suite d'une erreur de renseignements. Mais nous n'avons rien signé, et nous ne demandons qu'à rentrer dans la règle.

M. Bélière. — *La Préscrvatrice* doit me proposer un tarif pour les accidents agricoles, mais sans certificat de déclaration. Que dois-je faire ?

M. Jeanne.— Appliquer le Tarif commun, sauf à déduire le certificat, s'il ne vous est pas demandé.

M. Bertillon. — Quand les blessés font partie de sociétés mutuelles, je suis honoré deux fois, par la Société et par l'assurance.

M. Jeanne. — C'est à l'assurance seule que vous devez avoir affaire. Quant à la Mutuelle, elle ne peut rien dire, puisqu'elle vous paie à forfait, que ses Membres soient *malades* ou non.

Je dois ajouter que toutes les Compagnies d'assurances ont reçu et connaissent notre Tarif, et les agents ne peuvent pas avoir l'air de l'ignorer.

Quant aux anciens contrats, nous pouvons les considérer comme nuls. Si on vous poursuit, le *Sou médical* saura vous défendre. Les magistrats le gouvernement, la loi, tout est pour nous.

M. Bourgeois. — Et si on ne me demande pas de certificat, dois-je diminuer le prix de 15 fr.

M. Jeanne. — Non. 15 fr. est un forfait, quel que soit votre travail. D'ailleurs, il ne faut pas laisser les patrons esquiver la déclaration à la mairie : offrez un certificat à l'ouvrier qui fera alors la déclaration lui-même.

M. Bourgeois.— Mais quel recours avons-nous contre le patron, si le sinistre liquidé, nous lui rendons la demande de certificat pour déclaration de sinistre comme on nous le demande ?

M. Mignon. — Je garde toujours la feuille signée par le patron, et j'en donne un duplicata quand on me le demande (*Très bien.*)

M. Jeanne. Notre intérêt est d'obliger le patron à la déclaration et de faire respecter la loi.

M. Bertillon. — Si l'ouvrier est étranger, faut-il faire du zèle, et obliger à la déclaration ?

M. Jeanne. — Vous faites allusion à un cas très particulier : j'ignore si les Sociétés de courses sont visées par la loi : c'est une question à étudier.

M. Pluyaud. — La Compagnie *la Participation* nous rend bien des services ; j'ai obtenu toute satisfaction dans mes rapports avec elle. Les médecins peuvent s'applaudir d'avoir participé à sa création. (*Parfaitement.*)

L'élection des délégués à l'Union.

M. Jeanne. — Nous avons à nommer deux délégués pour l'assemblée de l'Union des Syndicats. L'Union est dans une crise ; on parle de la réorganiser. Nous devons prendre grand intérêt à l'Assemblée générale prochaine.

MM. Pannetier et Rousseau sont élus à l'unanimité.

Médecins d'hôpital.

M. Ledermann. — A l'hôpital de Sèvres, on va inaugurer une salle d'opérations. Il est question de déléguer un chirurgien de Paris pour opérer, et il paraît que ce chirurgien chargera son interne, à notre place, de la consultation chirurgicale. Que devons-nous faire ?

M. Bourgeois. — Voici la question en détail. Le Maire de Sèvres semble nous chercher de mauvaises querelles. Le donateur de la salle d'opération avait proposé un chirurgien, qui aurait été à notre disposition chaque fois que nous aurions eu besoin de lui. Le Maire qui veut, lui aussi, faire son cadeau à l'hospice, lui offre son chirurgien, lequel doit, paraît-il, charger son interne de tout le service chirurgical, chaque fois qu'il pourra se dispenser de venir. C'est là le conflit. Nous autres médecins de l'hôpital, que devons-nous faire ? Et que va faire le Syndicat, qui n'a déjà obtenu que demi-satisfaction dans une affaire du même genre ? Il paraît que l'interne habitera Sèvres ; c'est une concurrence illégale contre nous. Pour nous, la première solution est la seule acceptable : « Un chirurgien correspondant que nous appellerons en cas de besoin. »

M. Jeanne. — C'est celle-là qu'il faut imposer. Et, si vous le voulez bien, je verrai le chirurgien et je lui demanderai de supprimer son interne. Si je ne réussis pas par la conciliation, le Syndicat fera son devoir. (Adopté.)

Exposé du trésorier.

M. Calbet. — Voici l'état de notre Caisse :

En Caisse au 11 octobre 1899........	1.330.10
Dépenses du 20 avril 1899 au 11 octobre 1899........................	49.50
	1.280.70

Ainsi représentés :

Livret de caisse d'épargne n° 78 — 167.578 =........................	500
Cinq actions de la Financière médicale	500
En caisse..........................	200.60
	1.280.60
Sommes dues par les membres du Syndicat..........................	599.00
Total..................	1.879.60

M. Jeanne. — Le Syndicat possède à votre disposition cinq actions de la *Financière*. Ceux de vous qui en désirent pourront s'adresser à M. Pannetier.

M. Ledermann. — J'en prends une.

MM. Bertillon et Pluyaud. — Etant donnée la question des assurances accidents, nous demandons que le Syndicat se réunisse avant la fin de l'année ; il faut que nous prenions plus souvent contact entre nous, car certains de nous ignorent bien des choses essentielles qu'ils n'apprennent qu'ici.

Une prochaine réunion est votée pour le jeudi 21 décembre prochain, avec, comme ordre du jour, questions diverses sur les honoraires à demander aux Compagnies d'assurances-accidents.

M. Rousseau. — M. Ferry (d'Andrésy), trop souvent souffrant, ne peut plus venir assister à nos réunions. Mais comme il ne veut pas abandonner le Syndicat, il demande qu'on le nomme Membre Honoraire, et offre, comme tel, une cotisation annuelle de 50 fr.

M. Jeanne. — Nous remercions vivement le confrère et ami Ferry de sa générosité. Mais ce n'est pas elle qui le fait accepter comme membre honoraire. Nous devons, même sans ce cadeau, à cet excellent fondateur, le titre qu'il nous demande, et je vous prie de le lui accorder.

M. Ferry est nommé Membre honoraire à l'unanimité, et M. Rousseau est chargé de lui porter les plus chaleureux remerciements du Syndicat.

La séance est levée à 6 heures et demie.

Le Président — *Le Secrétaire*,
Dr H. Jeanne. — Dr H. Mignon.

Syndicat des médecins de Bordeaux.

Le Syndicat professionnel des médecins bordelais a voté, à l'unanimité, l'ordre du jour suivant :

L'Assemblée générale de la Commission d'enquête pour la réglementation des abus des consultations gratuites, réunie à l'Athénée, le 26 novembre 1899.

Après avoir pris connaissance des réponses faites par les groupements médicaux consultés ;

Affirme à nouveau que ces abus existent réellement et qu'ils sont préjudiciables au corps professionnel, et aux véritables indigents ;

Elle regrette que le Corps médical ne soit pas unanime pour remédier à cet état de choses ;

Et persuadée que ce manque d'unanimité tient à un malentendu qu'il importe de faire disparaître, charge le Bureau provisoire de porter la question devant l'Association des médecins de la Gironde, et de prier son Conseil de mettre la question à l'ordre du jour de la prochaine Assemblée générale statutaire.

Dans la même séance, le Syndicat, sur la proposition du Dr Fromaget, a adressé les félicitations suivantes à M. Astier, député et pharmacien, auteur du projet de loi ayant pour but de supprimer les privilèges accordés aux étudiants au point de vue du service militaire :

Le Syndicat professionnel des médecins bordelais, constatant que la principale cause de la pléthore et de la gêne médicales résulte de l'application de l'article 23 de la loi militaire ;

Reconnaissant que cet article constitue une violation de l'égalité entre les citoyens devant l'impôt du sang et qui doit disparaître.

Emet le vœu que l'article 23 soit supprimé, et félicite M. Astier de l'initiative énergique qu'il vient de prendre pour la défense des intérêts sociaux et médicaux, et l'engage à continuer ses généreux efforts.

REPORTAGE MÉDICAL

Les médecins et la presse politique. — La presse quotidienne prend un intérêt toujours croissant aux petites affaires médicales qu'elle arrange parfois à sa façon, sans doute parce qu'il lui faut s'abaisser au niveau de l'incompétence de ses lecteurs.

La semaine dernière, elle nous a servi le conflit entre médecins et administrateurs du dispensaire des Ternes ; elle expliquait comme quoi ces derniers avaient eu raison de ne pas écouter les observations de nos confrères, qui avaient fondé l'œuvre, et la voulaient ouverte aux enfants de toutes les écoles du quartier. Quelle exigence !

Cette semaine elle a colporté le récit d'un soi-disant oubli, commis par le Dr Rochard, d'une mèche de gaze dans l'abdomen d'une femme opérée d'appendicite. Vérification faite, les reporters ont fini par avouer qu'il s'agissait d'un bout de gaze, non retiré au cours d'un des premiers pansements, et qu'on n'avait pu extraire, ensuite, qu'à la faveur d'un débridement. Quel scandale !

Enfin, le *Petit Journal* nous apprend que le président du Conseil, un professionnel de l'arbitrage, comme chacun le sait, a bien voulu exercer ses talents dans une petite question médicale. Nous laissons la parole à ce journal.

« Le personnel médical de l'Institut des jeunes « aveugles est divisé depuis quelques jours par un « différend, qui hâtons-nous de le dire, ne menace « en rien les malades de l'Institut auxquels le dé- « vouement des médecins reste acquis comme par « le passé, mais qui a pris les proportions d'un pe- « tit scandale.

« Un des postes les plus importants de l'Institut « est, paraît-il, occupé depuis 1868 par la même fa- « mille, qui se le transmet, de père à fils et de beau- « père à gendre, comme une charge héréditaire.

« Dernièrement la place était vacante ; elle reve- « nait de droit au médecin adjoint du service, le « docteur Watelet qui, comme ses prédécesseurs, « fut évincé au bénéfice du docteur Claisse, fils du « titulaire précédent.

« Le docteur Watelet qui, malgré sa situation de « médecin adjoint du service, son dévouement, sa « science médicale et ses trente ans de service, se « voyait sacrifié, soumit le différend au syndicat des « médecins.

« Le syndicat lui donna raison et ne put qu'inviter « le docteur Claisse, qui avait accepté l'arbitrage, « à démissionner.

« Le docteur Claisse n'en ayant rien fait, reçut « alors une lettre privée, un peu vive, de son collè-« gue, lettre qu'il s'empressa de transmettre à M. « Waldeck-Rousseau, qui a dans son dé partement « l'Institut des jeunes aveugles.

« Le président du conseil, ne tenant pas compte « de l'avis du syndicat, mit en demeure le docteur « Watelet de se soumettre ou de se démettre.

« Le conflit en est là, et la solution donnée par « le président du conseil n'a fait qu'envenimer la « querelle qui divise le médecin en chef, son ad-« joint et le personnel médical de l'Institut. »

Heureux, dit-on, les peuples qui n'ont pas d'histoire. — Plus heureuses, disons-nous, les professions dont les journaux veulent bien se désintéresser.

Les bars pharmaceutiques. — On lit dans la *Tribune médicale* :

« Dans bon nombre de pharmacies, et non des moins huppées, aussi bien dans les grandes avenues que dans les rues écartées, on peut voir des pancartes d'un coloris éclatant et attirant l'œil de loin sur lesquelles on lit : « *Dégustation* de vins et élixirs médicinaux à 0,20 et 0,30 centimes le verre ; on peut s'asseoir. »

Voici donc le pharmacien transformé en bistro ! Galien détrôné par Bacchus ! »

Notre confrère ne nous dit pas si l'on offre, en même temps, dans ces officines, un biscuit de Reims.... à la scammonée, des bonbons de Tamar, des chocolats à la magnésie, etc...

La concurrence au pâtissier aurait alors son excuse.

Service militaire des étudiants en médecine. — M. le Dr Lachaud, député, a déposé le 23 janvier à la Chambre des députés, une proposition de loi mettant à la disposition exclusive des médecins majors les étudiants en médecine qui auront à faire du service militaire.

Drame dans un hospice d'aliénés. — L'hospice d'aliénés, tenu à Lyon par les frères de Saint-Jean-de-Dieu, a été le théâtre d'un drame qui a causé une profonde stupeur parmi le personnel de cet établissement.

Le docteur Devey vaccinait tous les pensionnaires de la maison et tout s'était bien passé, dans le plus grand calme jusqu'au moment où, alors que le médecin approchait la lancette du bras d'un malade de l'hospice celui-ci lui porta, dans la région du bas-ventre, un violent coup d'un tiers-point qu'il avait dissimulé dans sa poche.

L'instrument pénétra tout entier dans l'abdomen du docteur perforant les intestins et le péritoine. L'infortunée victime de ce drame douloureux a été transportée à l'Hôtel-Dieu, où elle a été opérée par M. Jaboulay, qui s'est rendu compte du peu d'espoir qu'il y avait de la sauver. En effet, une péritonite ne tardait pas à se déclarer.

Quant à l'aliéné, auteur de ce drame, il a été ligotté et enfermé dans un cabanon.

Droit cycliste — Mieux vaut être écrasé par une voiture attelée d'un cheval que par un automobile. — Un cycliste qui, allant à une allure modérée et conforme au règlement, renverse un passant dans la rue, est-il tenu, au point de vue civil, à des dommages-intérêts, en réparation du préjudice qu'il a causé ? Ou bien, pour parler la langue juridique, l'auteur encourt-il la responsabilité de l'article 1385 du code civil ou celle de l'article 1382 ?

L'article 1385 porte : « Le propriétaire d'un animal ou celui qui s'en sert, pendant qu'il est à son usage, est responsable du dommage que l'animal a causé, soit que l'animal fût sous sa garde, soit qu'il fût égaré ou échappé » ; et l'article 1382 : « Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la *faute* duquel il est arrivé, à le réparer. »

Bref, la bicyclette doit-elle être assimilée à un animal ? Si oui, tous les dommages causés par elle engagent la responsabilité du propriétaire. Si non, le propriétaire de la bicyclette n'est responsable qu'autant qu'il y a eu *faute* de sa part.

Ce point de droit a, comme on le voit, quelque importance.

La chambre civile de la Cour de cassation, appelée à trancher la question, l'a résolue en déclarant que le dommage causé par une bicyclette tombe sous le coup, non de l'article 1385, mais de l'article 1382, c'est-à-dire qu'un cycliste, qui écrase un passant dans la rue, n'est tenu à aucuns dommages-intérêts envers sa victime, lorsqu'il n'est pas démontré que ce cycliste a commis une faute.

Voici le texte de l'arrêt de la Cour suprême :

... Attendu que Tafforeau réclamait à Duchateau des dommages-intérêts à raison d'un accident que celui-ci, circulant sur une bicyclette, lui aurait causé en le renversant dans une rue de la ville de Tours:

Attendu qu'il est constaté par le jugement attaqué, qu'aucune faute ne peut être imputée à Duchateau dont la machine était munie d'un grelot, qui marchait à une allure modérée et qui a pris les précautions nécessaires pour éviter de rencontrer Tafforeau marchant devant lui ;

Attendu que, dans ces conditions de fait, ainsi souverainement appréciées, le jugement a déclaré, à bon droit, que le défendeur éventuel n'avait encouru aucune responsabilité et que ce jugement, qui d'ailleurs régulièrement motivé, n'a violé aucune des dispositions visées au pourvoi.

Par ces motifs :

Rejette...

Ainsi, pour l'instant, en droit, la bicyclette n'est pas assimilée à un animal. Mais, avec les progrès de la jurisprudence — progrès qui, comme on le sait, consistent dans le changement — il pourra se faire que cette assimilation ait lieu. Alors, le cycliste sera civilement responsable des dommages occasionnés par sa machine.

Ajoutons que la jurisprudence de la Cour suprême à l'égard des bicyclistes s'applique aux automobiles. Par suite, il y a avantage pour les piétons à être écrasés par une voiture où est attelé un cheval plutôt que par une automobile ; car, d'après la jurisprudence, le propriétaire du cheval n'est pas admis à prouver qu'il n'a pas commis de faute et qu'il a pris toutes les précautions possibles pour éviter le dommage.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4456. — M. le docteur LEHMANN, de Troyes (Aube), présenté par M. le Directeur.

N° 4457. — M. le docteur RABBE, de Murat (Cantal), membre du Syndicat de Saint-Flour-Murat.

N° 4458. — M. le docteur CRUARD, d'Attichy (Oise), membre de l'Association des médecins de l'Oise.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs BRUN-BUISSON, de Voiron (Isère), et FABRE, de Saint-Pons (Hérault), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 6 10 FÉVRIER 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le don de joyeux avénement des médecins sénateurs.

Nous donnons la liste des médecins qui sont sortis vainqueurs de la récente lutte pour les élections sénatoriales :

MM. les docteurs Bataille (Puy-de-Dôme), Béraud (Vaucluse), Bontemps (Haute-Saône), Boularan (Tarn), Collinot (Yonne), Contancin (Vienne), Francoz (Haute-Savoie), Guillemaut (Saône-et-Loire), Guyot (Rhône), Léon Labbé (Orne), Legludic (Sarthe), Lordereau (Yonne), F. Martin (Saône-et-Loire), Parisot (Vosges), Pédebidou (Hautes-Pyrénées), Petitjean (Nièvre), Piettre (Seine), Quintaa (Basses-Pyrénées), Rolland (Tarn-et-Garonne), Sigallas (Var), Vagnat (Hautes-Alpes).

La politique étant bannie de nos préoccupations, nous sommes bien à l'aise pour féliciter ces élus, qui sont simplement nos confrères ; bien à l'aise aussi, par conséquent, pour leur demander de se souvenir, mieux que beaucoup de leurs devanciers, que leur compétence spéciale dans les questions d'hygiène, d'assistance, et de médecine publique, leur créera une responsabilité particulière, le jour où ils légiféreront sur ces graves sujets.

Ils savent, au moins *grosso modo*, quelles sont nos revendications, quels sont nos intérêts, et combien ceux-ci sont d'accord avec l'intérêt général.

Nous nous contenterons donc aujourd'hui, fidèles à la méthode de sérier les questions, de rappeler aux élus que l'un d'eux, M. le Pr Labbé, a promis de soumettre au Sénat à bref délai, 1° notre projet de revision de la loi Roussel, 2° un projet de modification de la loi de 1871 sur les conseils généraux, projet qui écartera les incompatibilités auxquelles se heurtait le médecin chargé de tel ou tel service départemental.

Et, justement, M. le Dr Petitjean, sénateur de la Nièvre, membre du Sou médical, est un de ceux qui furent, dernièrement, atteints par un de ces cas d'incompatibilité contre lesquelles nous avons eu à cœur de protester. Il pourra parler de ces choses en parfaite connaissance du sujet, et y intéresser ceux des sénateurs médecins, qui n'y auraient pas prêté suffisante attention.

La fortune électorale s'est d'ailleurs montrée favorable à tous ceux qui, dans ces questions, nous ont promis, ou même donné, déjà, leur concours, comme MM. Pédebidou et Strauss.

C'est d'un bon augure.

Nous sommes donc bien convaincus que tous les nouveaux élus du corps médical tiendront à signer et à défendre la proposition Roussel, Labbé, et autres aînés.

Ils ne sauraient mieux débuter dans la nouvelle carrière, qu'en payant cette dette d'honneur à la profession, qui les a faits ce qu'ils sont depuis hier.

C'est aussi la première occasion de consolider le lien qui les attache à nous, lien qu'ils seront peut-être heureux, un jour, de retrouver puissant, et qui se nomme la belle solidarité confrater-

nelle, prélude nécessaire du règne de la solidarité sociale, dont ils sont tous plus ou moins partisans.

H. J.

LA SEMAINE MEDICALE

L'arsenic et le fer.

D'après M. le Dr *Martinet*, de Paris, l'association thérapeutique de l'arsenic et du fer est rationnelle et justifiée par l'expérimentation et la clinique.

Elle est particulièrement indiquée dans la plupart des chloro-anémies, en particulier dans les formes graves, voisines de l'anémie pernicieuse avec destruction rapide des globules, dans les tuberculoses torpides, apyrétiques, et dans les formes ganglionnaires ;

Les modes de réalisation de choix de cette association paraissent être : l'administration alternative mensuelle de protoxalate de fer et d'une eau arsenicale ; l'administration d'un mélange à parties égales de teinture de Mars et de liqueur de Fowler ; l'administration d'arséniate de fer.

Traitement de l'ascite.

Le Dr *Métivier* donne, dans l'*Etoile Médicale*, quelques indications pratiques sur l'ascite ; que nous demandons la permission de signaler.

On sait que l'ascite est une hydropisie péritonéale.

Lorsque l'épanchement est considérable, il exerce une compression plus ou moins forte sur les divers organes que renferme la cavité abdominale, refoulant les intestins vers le diaphragme, et s'oppose, par ce refoulement, au libre développement des mouvements d'inspiration. Il arrive, parfois, que les viscères abdominaux se trouvent sensiblement atrophiés par cette compression.

Dans l'ascite, l'abdomen est d'autant plus volumineux que la quantité de sérosité épanchée dans la cavité du péritoine est plus abondante. C'est toujours par la partie inférieure que commence cette augmentation du volume de l'abdomen qui est progressive, à moins qu'il n'existe des adhérences ou que la disposition de la cavité ne soit anormale.

Lorsque l'épanchement est énorme, il arrive parfois que des veines très volumineuses rampent dans l'épaisseur des parois décrivant des sinuosités variées. Le plus souvent les parois de l'abdomen, distendues supérieurement comme ailleurs, paraissent s'avancer au-devant de la partie inférieure de la poitrine.

Les causes de l'affection sont nombreuses : on distingue celles de nature irritante, de nature asthénique ou passive et celles produites par obstacle à la circulation veineuse, principalement dans le système veineux abdominal.

Les malades atteints d'ascite, éprouvent la sensation d'un certain poids dans l'abdomen ou dans le bas-ventre ; ils éprouvent des troubles digestifs, conséquence normale de l'action mécanique produite par l'épanchement ; la respiration est troublée et d'autant plus que le patient se tient dans la position horizontale ; la peau est desséchée, pâle, terreuse, il y a modification de la sécrétion urinaire, l'urine est rare et sédimenteuse.

L'abdomen ne ressent aucune douleur à la percussion, à la pression ou à la palpation. Si l'on applique la main sur les parois abdominales et qu'on les percute dans un endroit diamétralement opposé, il se produit une sensation de fluctuation. L'augmentation de volume de l'abdomen commence toujours par la partie inférieure, à moins qu'il n'y ait des adhérences. Un son tout particulier se produit à la percussion dans les points qui correspondent à l'épanchement. Il existe une matité qui se déplace alternativement lorsque le liquide n'est pas trop visqueux et suivant la position que prend le malade. Si l'épanchement n'est pas très abondant et que l'on veuille obtenir de la fluctuation, on aura soin d'appliquer l'une des mains sur la région iliaque, en percutant légèrement et à une petite distance avec l'un des doigts de l'autre main.

Dans l'ascite on observe parfois des inégalités du pouls et des syncopes, ainsi que des palpitations qui ont pour cause le déplacement du cœur. La miction peut aussi devenir difficile lorsqu'il se produit une infiltration du prépuce dépassant le méat urinaire.

L'ascite peut avoir une marche chronique. Dans ce cas, l'hydropique ne se rend pas compte des symptômes de son affection, son urine diminue et il lui semble que ses vêtements sont étroits. La maladie est-elle occasionnée par une lésion cardiaque, les malléoles et les paupières ont de l'œdème et une bouffissure qui reviennent et disparaissent facilement. Alors, il y a une faiblesse en rapport avec la quantité du liquide épanché. Le malade peut passer par des phases diverses. Il se trouve dans un état d'anxiété extrême, en proie à la dyspnée, ses viscères comprimés lui font éprouver de violentes douleurs. Son ventre acquiert un volume considérable. L'infiltration peut gagner les parois abdominales, où l'on rencontre des taches rouges, violacées et parfois noirâtres, le pouls devient de plus en plus petit et la mort peut arriver par asphyxie ou congestion du cerveau.

Lorsque l'ascite se termine heureusement, le ventre s'affaisse peu à peu, les urines sont abondantes et leur cours se rétablit.

Le traitement doit consister à s'attaquer à la cause. S'il y a appauvrissement du sang, on aura recours aux toniques, aux reconstituants. La maladie est-elle de nature irritative, on aura recours aux émissions sanguines. Si elle se rattache à une affection cardiaque, le traitement sera dirigé du côté du cœur ou du côté du viscère malade.

Dans l'ascite en général, il est nécessaire d'employer les dérivatifs et les diurétiques ; les purgatifs seront très utiles, il est indispensable d'assurer la dépuration intestinale. La paracenthèse ne sera justifiée que lorsqu'il n'existera pas d'affections cardiaques, rénales ou du foie. Insister sur les préparations de scille, les stigmates de maïs, lorsqu'il y a affection du cœur.

On reconnaîtra la marche vers la guérison aux urines abondantes, à la diarrhée, aux vomissements et parfois à des sueurs abondantes. Il faut

donc attaquer la cause de l'affection, c'est la première indication à remplir.

Le Traitement du hoquet.

Le hoquet est un syndrôme fréquemment observé, consistant en un spasme clonique du diaphragme, accompagné d'une brusque expiration avec constriction de la glotte, qui détermine un bruit rauque particulier. Ce syndrôme, réflexe gênant, mais le plus souvent insignifiant et s'arrêtant seul, est chez certains malades nerveux excessivement rebelle ; dans quelques maladies générales graves, il peut être de cause toxique, empêcher le repos du malade et être, par sa persistance, une complication réellement redoutable. Le hoquet rebelle a fait plus d'une fois le désespoir des praticiens, qui ont bien souvent en vain épuisé pour l'arrêter toutes les ressources antispasmodiques de la pharmacologie. Souvent, on a dû avoir recours aux applications électriques. Erb (1) a obtenu de brillants succès par des badigeonnages faradiques de l'épigastre. D'autres, prétend-il, ont arrêté instantanément un hoquet rebelle par la faradisation ou la galvanisation du nerf phrénique. En bien des cas, le traitement par l'application du pôle négatif à la nuque ou le passage transversal du courant galvanique par les apophyses mastoïdes, peuvent être utiles, et il en serait de même de la vive excitation de la zône de distribution du nerf laryngé supérieur. Au Congrès de Neurologie de Bruxelles de 1897, M. Libotte a rapporté de nombreux succès obtenus par l'application du pinceau faradique à la région cervicale postérieure (2).

D'autres procédés thérapeutiques furent encore préconisés. Leloir, en 1892, fit une communication à l'Académie des Sciences sur la guérison du hoquet par la compression du phrénique gauche entre les attaches sterno-claviculaires du muscle sterno-cléidomastoïdien. Cette compression doit durer environ trois minutes. Nothnagel a conseillé l'élévation de l'os hyoïde avec les doigts, procédé qui ne doit pas être des plus faciles à pratiquer.

En 1896, le Pr Lépine (de Lyon) publia le fait curieux d'une femme qui, atteinte d'un hoquet rebelle, fut guérie à sa leçon clinique, la malade ayant dû tirer la langue pendant un temps assez prolongé pour en montrer aux élèves l'enduit saburral. M. Laborde, qui faisait à cette époque des recherches physiologiques sur l'action des tractions rythmées de la langue et sur leur application au traitement de la mort apparente, rapporta dans la *Tribune Médicale* le fait du Pr Lépine, le rapprocha pour en expliquer l'action réflexe du procédé de Nothnagel et y adjoignit une observation personnelle du Dr Viaud (d'Agon-Containville) qui, fréquemment incommodé par le hoquet, l'arrêtait en moins d'une minute en opérant sur la langue une traction continue. M. Laborde conseillait donc la traction continue de la langue comme traitement de choix du hoquet.

Depuis, nous avons eu plusieurs fois l'occasion de suivre les conseils de M. Laborde et nous n'avons jamais pu constater d'insuccès, malgré la persistance et la violence de certains cas de hoquet rebelle, dont nous rapporterons seulement les deux plus intéressantes observations.

Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une fillette très nerveuse de 6 ans 1/2 environ, qui avait été plusieurs fois atteinte de crises convulsives. Cette enfant, en plein été, après déjeuner et durant un orage, fut prise d'un hoquet dont les spasmes devinrent de plus en plus violents et répétés. Les contractions du diaphragme duraient depuis six heures, quand le médecin fut appelé auprès de la malade ; elles étaient si violentes que l'enfant couchée sur un lit se redressait à chaque convulsion et brusquement assise, malgré ses efforts pour rester immobile, se courbait fortement en avant. Elle retombait ensuite, exténuée, sur le dos et le même spasme se reproduisait après quatre ou cinq secondes de répit. Ces crises convulsives étaient tellement violentes que la famille considérait l'enfant comme perdue. La traction continue de la langue que l'on pratiqua durant une minute et demie environ calma ces convulsions comme par enchantement et le hoquet ne se reproduisit plus. (*Progrès Médical.*)

Dans un autre cas, il s'agissait d'un diabétique tuberculeux, en pleine cachexie, qui, depuis plusieurs jours, était atteint de dyspnée intense et d'un hoquet d'origine toxique ; ce hoquet rebelle, qui n'avait pu céder à aucune médication empêchait le malade de prendre le moindre repos. La traction continue de la langue durant deux minutes environ, calma le spasme, qui reparut quelques jours plus tard, mais fut arrêté par le même procédé mis en pratique par la garde-malade elle-même. Il nous serait facile de multiplier les exemples de ce genre, car le hoquet rebelle est assez fréquent, chez les phthisiques à la dernière période, par exemple. Nous avons cru bon de rappeler le procédé de la traction continue de la langue, parce qu'il est simple, que n'importe qui peut le mettre en pratique, qu'il n'exige aucun appareil et nous a toujours réussi. En le conseillant avec des exemples à l'appui, après M. Laborde, nous pensons rendre service à la fois aux malades et aux praticiens, évitant à ces derniers le recours à l'électrothérapie qui peut, nous n'en doutons pas, donner d'aussi bons résultats, mais exige des appareils qu'un médecin, surtout à la campagne, ne peut avoir sous la main et dont l'entourage du malade ne peut pas se servir. (Dr Noir.)

Contre les névralgies d'origine dentaire.

M. le docteur Marchandé conseille : 1° de débarrasser la cavité dentaire des corps étrangers qu'elle contient et de la laver à l'eau tiède antiseptique au moyen d'une seringue ;

2° De mettre dans la cavité une boulette d'ouate imbibée du mélange suivant :

Acide phénique cristallisé....	1	gramme.
Chlorhydrate de cocaïne......	1	—
Menthol......................	1	—
Glycérine....................	20	—

3° Appliquer par-dessus un pansement occlusif à la teinture de benjoin ou au collodion ou à la sandaraque, sans faire de pression, renouveler ce pansement deux fois dans les vingt-qua-

(1) Erb. *Traité d'Electrothérapie* (trad. de Rueff, 1884).
(2) Voir *Progrès médical*, 1897, page 234.

tre heures. La douleur cesse dès la première application.

Le massage contre les rétrécissements de l'urèthre.

M. le Dr *Bazy* préconise, dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, le massage comme adjuvant du traitement des rétrécissements de l'urèthre. Le premier malade auquel il le conseilla avait un rétrécissement très serré et que la dilatation modifiait à peine. Il voulut faire l'uréthrotomie interne. Sur le refus du malade, il lui fit faire du massage interne.

Pour cela, il formula une pommade avec :

Iodure de potassium......	4 grammes.
Lanoline................ }	ââ 15 —
Cold-cream............. }	

Il lui conseilla d'en mettre la valeur d'une cerise sur le périnée et la région scrotale, après avoir fortement relevé les bourses, et d'exercer sur la région du rétrécissement des frictions d'abord modérées, puis de plus en plus fortes, pour terminer par une sorte de pétrissage de la région.

Il devait faire cela le soir en se couchant et appliquer ensuite une couche d'ouate sur la région.

Au bout de 8 jours on peut augmenter progressivement les numéros et M. Bazy arrive ainsi au n° 49 filière Charrière ; il s'est arrêté à ce numéro, quoiqu'il eût pu aller plus haut. Plus tard M. Bazy a essayé de ce moyen chez nombre de malades, chez lesquels la dilatation était difficile ; il en a toujours retiré de sérieux bénéfices, non pas constants, mais après l'uréthrotomie interne, si elle était nécessaire, l'emploi du massage lui a semblé d'une bonne pratique.

Les rétrécissements qui ont paru justiciables du massage et les seuls sur lesquels M. Bazy l'ait essayé, sont les rétrécissements blennorrhagiques de la région périnéo-scrotale.

Le procédé consiste donc dans des frictions douces pour commencer, faites au moyen de la pommade résolutive, puis en pressions de plus en plus prononcées, sans que, cependant, elles soient non pas seulement douloureuses, mais simplement pénibles à supporter.

Leur durée doit être de quatre à cinq minutes : on peut les prolonger plus longtemps ; il est inutile qu'elles soient faites par un médecin.

Elles sont faites par le malade lui-même.

Il faut les faire faire tous les jours, pendant toute la durée du traitement par la dilatation, et même les continuer un certain temps après.

Le prurigo des alcooliques.

M. le Dr *Gastou* a signalé, dans les *Annales de Dermatologie*, le prurigo anesthésique spécial que provoque chez certains sujets l'intoxication alcoolique chronique. On pourrait, d'après lui, presqu'à coup sûr présumer l'intoxication, lorsque, sur un sujet atteint de prurigo aigu ou subaigu des membres, on note l'anesthésie à la piqûre, sans que l'examen ait montré de parasites ou quelque cause organique ou générale pouvant produire le prurigo.

Le type clinique du prurigo anesthésique alcoolique est toujours le même, qu'il existe chez l'homme, la femme ou l'adolescent.

Il s'agit d'un prurit violent diurne et nocturne, beaucoup plus accusé, cependant, la nuit que le jour (ce qui fait penser souvent à la gale). Ce prurit s'accompagne d'agitation nocturne, d'insomnie, de cauchemars. Des éléments papuleux de prurigo existent dans presque tous les cas, mais avec des degrés variables, de nombre et d'intensité ; tel malade n'a que quelques papules discrètes à peine excoriées par le grattage, tel autre présente le type d'un prurigo ferox, avec de larges éléments devenant facilement croûteux, suppurés, ecthymateux.

La polymorphie des éléments est souvent aidée par les habitudes professionnelles et l'emploi d'irritants locaux (eau de Javel, carbonate de potasse : pour les cuisinières et blanchisseuses).

On voit survenir alors sous ces influences des modifications évolutives spéciales. La lésion qui avait débuté par une simple papule prurigineuse peut aboutir : à des productions nummulaires rappelant l'eczéma nummulaire et la tricophytie ; ou bien, à des lichénifications et à des suppurations cutanées revêtant l'allure de folliculites groupées ou de lésions impétigineuses.

A côté de l'élément initial et essentiel : *prurit* ou *prurigo*, existe un second signe non moins important, c'est l'*anesthésie*. Il s'agit non pas d'une anesthésie de la nature de l'hémianesthésie hystérique, mais d'une anesthésie profonde, complète, qui siège au niveau des points malades, qui existe sur des territoires restreints.

C'est une anesthésie diffuse, irrégulière, *en placards*, sans systématisation. Elle suit les éléments de prurigo et se localise partout où il y a du prurit. On peut traverser de part en part la peau des malades qui en sont atteints, sans qu'ils en éprouvent la moindre gêne. Beaucoup cependant de ces malades sentent la piqûre, lorsqu'après avoir traversé la peau d'un côté du pli fait pour rechercher l'anesthésie on arrive à la face profonde de la peau du côté opposé ; ces piqûres s'accompagnent de l'issue d'un sang très noir et épais.

Ce prurigo s'accompagne des signes de l'alcoolisme, c'est-à-dire : de cauchemars, de pituites, de troubles gastriques, mais surtout de phénomènes nerveux ; crampes dans les membres, paralysies musculaires, troubles oculaires, abolition ou exagération des réflexes.

Le prurigo anesthésique n'est pas seulement l'apanage de la classe ouvrière, des désœuvrés, des inutiles, des habitués des estaminets, des bars et des cafés. Les dames du monde sujettes à des vapeurs, à des malaises, qu'elles combattent en usant largement des alcoolats aromatiques (mélisse, élixirs, etc.), sont également sujettes à des prurigos avec anesthésie. Les jeunes filles, elle-mêmes, pour les mêmes raisons, n'y échappent pas.

L'incubation des maladies contagieuses.

M. le Dr *Sevestre* vient de consacrer une intéressante clinique à l'étude des principales maladies contagieuses infantiles et à la durée de leur incubation (in *Journal* de L. Championnière).

Pour la rougeole, l'éruption apparaît soit le 13e. soit le 14e jour après la contagion.

Rubéole. — Les résultats des observations sont ici moins exacts que pour la rougeole. L'incubation paraît être de 15 à 18 jours avec des variantes parfois assez considérables. La contagion ici encore se fait pendant la période d'invasion, et elle ne paraît plus se reproduire au delà du septième jour après l'éruption.

Scarlatine. — La durée de l'incubation est ici beaucoup plus courte, mais assez variable. Elle est en général de cinq jours, mais elle peut être seulement de deux jours et même de quelques heures. Au bout de cinq à six jours on peut être à peu près assuré qu'un enfant qui a été exposé à la contamination et n'est pas malade, ne le sera pas. D'un autre côté, les faits d'incubation extraordinairement courte ne sont pas très rares. Le Dr Mabboux a cité un cas où elle n'a été que de douze à quinze heures et M. Sevestre en a observé plusieurs dont un en particulier d'une façon très nette où l'incubation paraît ne pas avoir dépassé 12 heures. Trousseau avait d'ailleurs déjà cité des cas du même genre.

Quant au moment où se fait la contagion, il a été interprété différemment. Pendant longtemps on a admis que la scarlatine n'était contagieuse qu'à la période de desquamation. Mais, des observations plus récentes ont démontré que la contagion pouvait se faire pendant l'éruption et même dans la période préeruptive. Il y a donc lieu de prendre autant de précautions au commensement qu'à la fin de la maladie. Quant à la question de savoir à quelle époque elle cesse d'être contagieuse, il est difficile de le déterminer avec précision. Il est bien certain que les squames conservent le pouvoir contagieux pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois : elles sont aussi susceptibles de transporter la maladie à de grandes distances (lettres, livres) ; mais ce qu'il serait surtout important de déterminer, c'est le moment où le scarlatineux cesse de produire des éléments contagieux. Or, bien que le fait ne repose pas sur des observations absolument positives, on peut admettre qu'au bout de cinq ou six semaines ; et après un nettoyage soigneusement fait, le malade cesse d'être dangereux, alors que ses vêtements et ses effets peuvent l'être encore.

Les moyens de préservation sont les mêmes que dans les autres maladies, car il n'y a pas lieu d'attacher d'importance à l'usage interne de la belladone; on a vu souvent, à l'hôpital, des sujets atteints de coqueluche et soumis à la médication belladonée, prendre la scarlatine.

Une bonne précaution à prendre est de donner de bonne heure des bains aux enfants scarlatineux. On empêche ainsi la dissémination des squames en même temps que ces bains sont fort utiles aux malades.

On peut également, dans le même but, faire des onctions sur le tégument externe avec des pommades antiseptiques, et enfin les lavages de la bouche et du pharynx ne seront pas négligés. On peut restreindre ainsi singulièrement le pouvoir contagieux de la maladie. Enfin, on terminera par un bain de sublimé ou de savon noir.

— Les autres maladies contagieuses présentent plus d'irrégularité dans leur période d'incubation.

Pour la *varicelle*, cette incubation varie sensiblement : elle est cependant ordinairement de quatorze à quinze jours, mais elle peut être de 16 à 17 et même davantage.

Les *oreillons*, d'après M. Catrin, auraient une incubation de 15 à 20 jours. M. Sevestre pense que cette période est un peu plus longue et atteint souvent 20 à 22 jours.

Pour la *coqueluche*, cette période est difficile à déterminer, car il n'est pas facile de dire à quel moment commence la maladie. On admet cependant généralement une période d'incubation de 15 à 20 jours sans qu'il soit possible de bien préciser à quel moment le pouvoir contagieux se manifeste, ni à quel moment il disparaît. On n'a évidemment sur ces deux points que des appréciations assez vagues.

Enfin, la *broncho-pneumonie*, au moins dans certaines de ses formes, est certainement contagieuse et on doit toujours isoler les enfants qui en sont atteints. La période d'incubation dans cette maladie paraît être de 48 heures environ.

MÉDECINE PRATIQUE

Le sérum artificiel.

L'un des principaux mérites de la fin de ce siècle aura été de montrer les merveilleux résultats que l'on peut obtenir de la sérothérapie, cette branche si importante de la thérapeutique contemporaine, encore à peu près inconnue, il y a seulement cinquante ans.

Et par sérothérapie, il ne faut pas entendre seulement la sérothérapie vaccinale et antitoxique, créée par le génie de Pasteur, il faut aussi comprendre le traitement des états pathologiques, cachectiques et atoniques par l'emploi du sérum physiologique, tel que l'a préconisé Hayem contre le choléra en 1884 et 1885. Nous avons déjà entretenu nos lecteurs de la sérothérapie artificielle, du lavage du sang et des injections salées ; mais nous désirons revenir sur ce sujet pour leur montrer les multiples et immenses avantages qu'ils peuvent tirer de cette méthode.

I

COMPOSITION DU SÉRUM ARTIFICIEL.

Le sérum artificiel type est la solution de chlorure de sodium chimiquement pur, à raison de 7 grammes dans 1000 grammes d'eau distillée stérilisée. Lorsqu'on a le loisir de faire préparer le sérum par le pharmacien, c'est la formule cidessus qu'il faut transcrire sur l'ordonnance. Mais, comme nous le verrons plus loin, le sérum artificiel est souvent un médicament d'urgence, une solution à employer extemporanément, si l'on veut sauver une existence à la suite d'une abondante hémorrhagie, par exemple. Il faut se hâter et l'attente des manipulations pharmaceutiques peut être fatale au blessé.

On aura alors dans sa trousse soit un tube de verre bouché à la lampe ou au caoutchouc et contenant exactement sept grammes de sel marin, soit une petite mesure de verre ou de caoutchouc durci, tarée d'avance et permettant de jauger instantanément sept grammes de sel de cuisine

ou, mieux, de sel blanc que fournira l'entourage du malade ou du blessé.

Un litre d'eau ordinaire sera immédiatement mis sur le feu et porté à l'ébulition pendant une dizaine de minutes ; on y ajoutera les sept grammes de sel et on filtrera cette solution sur un tampon d'ouate hydrophile, ou sur un linge fin ; elle sera elle-même reçue dans un bock à injections vaginales lavé à l'eau bouillante, ou dans un litre de verre bien nettoyé à l'eau bouillie. A ce bock on adapte un tube de caoutchouc lavé à l'eau bouillante et ajusté, par exemple, à un corps de pompe de seringue de Pravaz ou de Straus, dégarni de son piston, mais muni de son aiguille. Au litre de verre on peut adapter le bouchon et les tubes de l'appareil Potain, ou un des nombreux modèles de vide-bouteilles que vendent les marchands d'instruments. On peut même, en cas de pénurie complète d'appareil, faire sauter le cul de la bouteille par le procédé bien connu de la ficelle et de l'eau bouillante, et après l'avoir renversée la tête en bas, bouchée avec un bon bouchon percé d'un tube, muni lui-même d'une aiguille capillaire de Pravaz, remplir cet injecteur d'un nouveau genre qui sera actionné purement et simplement par la pesanteur.

Surtout, n'employons jamais un clyso-pompe ou un irrigateur Eguisier : la pression du liquide injecté serait trop grande.

L'aiguille la plus convenable est celle de la seringue de Pravaz en platine iridié. Avant de pratiquer l'injection de sérum, on doit chauffer l'aiguille à blanc dans une flamme d'alcool ou de gaz. Le sérum est stérilisé par l'ébullition et la filtration, le flacon et le tube par le lavage à l'eau bouillie, l'aiguille par le flambage, il n'y a plus qu'à bien nettoyer ses mains et la peau de la région du malade qui doit être injecté.

Cette région est subordonnée aux indications à remplir : ce sera la peau du flanc à droite ou à gauche, s'il s'agit d'une injection dans le tissu cellulaire sous-cutané ; ce sera la région dorsale du pied, à la saphène ou la région du pli du coude, à la médiane céphalique, s'il faut injecter dans une veine, directement. Pour le 1er cas, on n'a qu'à laver la peau de la région en question au sublimé et au savon ; pour le 2e cas, il faut, après lavage, faire une incision superficielle au bistouri, dénuder la veine en la rendant saillante par une ligature du bas de la jambe en masse, et finalement, la soulever sur une sonde canelée pour y planter l'aiguille de Pravaz obliquement de bas en haut.

L'injection est faite lentement, en plaçant le récipient injecteur à 0.60 ou 0.75 centimètres au-dessus du niveau de l'aiguille, ou en poussant doucement le piston de la pompe foulante de Potain.

On peut injecter à la fois 1 litre de sérum et renouveler cette dose deux, trois, et quatre fois en 24 heures.

Dans les cas peu urgents, ne nécessitant pas une intervention intensive, on peut se borner, pour injecter le sérum, à employer la seringue de Roux de 20 c. m. c. que tous les praticiens ont maintenant dans leur arsenal pour injecter le sérum antidiphthérique.

Une sinple dose de 20 à 40 cm. c. de sérum artificiel, injecté tous les jours, tous les deux jours, tous les huit jours, selon les cas, produit des effets surprenants ; la région à choisir est soit la fesse, soit la cuisse. La seringue est stérilisée par l'ébullition, ainsi que le tube, l'aiguille par le flambage ; la peau du malade est toujours savonnée, ainsi que les mains de l'opérateur.

Après les injections de sérum, on ne fait point de massages ; on se contente d'obturer le trou de l'aiguille par un petit pansement compressif antiseptique.

II

INDICATIONS DU SÉRUM ARTIFICIEL.

Deux grands principes président à la méthode thérapeutique par les injections de sérum artificiel : 1° Il faut essayer le sérum dans toutes les affections du sang (anémie, lymphatisme, leucémie, empoisonnements paludéens, toximicrobiens, chimiques, etc.) ; 2° On doit s'abstenir de toute injection de sérum chez les fébricitants (pneumonie, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, phthisie aiguë).

Selon les affections, qui nécessitent la sérothérapie artificielle, on peut modifier la composition du sérum par l'addition de sulfate de soude de 1 à 2 grammes par litre, de benzoate d'hydrargyre 0,02 à 0,05 centigrammes par litre, de phosphate de soude 0,25 à 0,50 centigrammes par litre, de gélatine (dans les cas d'anévrysmes, méthode Lancereaux, Laborde, etc.).

Dans tous les cas où l'organisme est languissant, dans la neurasthénie, soit idiopathique, soit consécutive à une convalescence longue, l'injection de sérum à petites doses (20 à 40 c. c. tous les deux ou trois jours) dans le tissu cellulaire sous-cutané, donnera de bien plus surprenants résultats au point de vue de la stimulation, de la tonification, de la reprise de l'appétit, que tous les vins médicamenteux et les préparations de glycérophosphates, Kola, maté, caféine, noix vomique. On peut employer soit le sérum artificiel seul (NaCl 7 gr., eau 1000) on bien additionné de phosphate de soude, soit le glycérophosphate de soude en solution à 0,20 centigrammes pour 20 cm. c. d'eau stérilisée bouillie.

Contre la cachexie syphilitique le meilleur tonique spécifique est le sérum additionné de benzoate de mercure 0,02 ou 0,05 centigrammes pour 1 litre, ou encore de bichlorure de mercure :

Bichlorure de mercure.........	0,25 c g.
Chlorure de sodium............	1 gr.
Acide phénique neigeux........	1 gr.
Eau distillée stérilisée........	100 gr.

On injecte 20 cm. c. ou une seringue entière de Roux, tous les 7 jours, suivant la méthode indiquée par le Dr Ermenge (Thèse 1899, voir *Concours médical*, 1900, page 21.)

Dans le lymphatisme des enfants ou des adolescents, une cure de sérothérapie artificielle (20 cm. c. par séance, chaque semaine) est souvent aussi efficace qu'une saison dans les montagnes ou aux eaux minérales. Hardy a souvent répété que le chlorure de sodium est le spécifique de la scrofulose et du lymphatisme, comme l'iodure est un spécifique de la syphilis. Le sel marin peut se prendre sous forme de bains salés, de bains de mer, de bains à Salies, à Salins, etc. Mais on ne peut guère l'administrer par la bouche et l'estomac ; la sérothérapie artificielle comble cette lacune, en introduisant directement

le sel en solution, à 7 pour 1000, dans les lymphatiques et dans le sang.

L'enfant est stimulé, il prend de l'appétit, son hématopoièse se trouve améliorée et activée, bien plus sûrement que par les ferrugineux et les iodiques. D'ailleurs, les deux méthodes peuvent être employées de pair.

Dans les cachexies cancéreuses, tuberculeuses, consécutives à toutes maladies graves, la sérothérapie artificielle avec addition de phosphate de soude, 0,25 à 0,50 centigrammes par litre, ou de cacodylate de soude chimiquement pur à la dose de quatre à cinq centigrammes pour 20 cm. c. de serum artificiel, rend des services inespérés.

Enfin, la sérothérapie artificielle peut donner des résultats surprenants, dans l'anémie pernicieuse et surtout dans l'anémie aiguë, consécutive à une violente hémorrhagie (perte utérine, délivrance post-partum, broiement d'une cuisse, ouverture d'artère volumineuse, blessure pénétrante de l'abdomen ou de la poitrine).

Aujourd'hui, on ne doit plus mourir d'hémorrhagie, sauf par hémoptysies ou ruptures d'anévrysmes. Même en pleine syncope, alors qu'autrefois on aurait pu croire à la mort réelle, et abandonner le malade, il faut ressusciter ce mort apparent, en lui faisant, dans la veine saphène dorsale du pied, une bonne injection de *2 à 3 litres* de sérum artificiel, lentement, antiseptiquement et en ayant soin de faire chauffer le sérum injecté à 37 ou 38° environ, au moyen d'un bain-marie.

La dose ci-dessus peut être renouvelée le soir même ou le lendemain.

On ne négligera pas en même temps de faire les tractions rhythmées de la langue pendant une heure au moins.

Comme lavage du sang, la sérothérapie artificielle rend les plus signalés services après la saignée dans l'urémie, dans l'éclampsie, dans la septicémie, dans la fièvre puerpérale, dans l'impaludisme grave.

La saignée doit être de 300 à 500 grammes d'abord, puis suivie immédiatement d'une injection de sérum dans la saphène pédieuse.

Enfin, MM. Lancereaux et Laborde ont montré l'an dernier tout le parti que l'on pouvait tirer des injections à petites doses dans le voisinage des anévrysmes de sérum salé gélatinisé.

M. P. Carnot a préconisé l'emploi du sérum gélatinisé à 50 gr. de gélatine pour 1000 de sérum salé, dans les hémorrhagies buccales, vaginales, utérines, rectales. Seulement, dans ces cas, le sérum doit être appliqué comme topique dans les cavités saignantes et non en injections sous-cutanées ou veineuses.

Tels sont, rapidement énumérés, les immenses avantages que le médecin peut recueillir de l'emploi judicieux et soigné de cette méthode admirable de simplicité et de puissance.

Dr Paul HUGUENIN.

THÉRAPEUTIQUE

Deux nouvelles méthodes de traitement de la sciatique.

M. le Dr Bucelli, de Gênes, a eu l'occasion d'essayer deux nouvelles méthodes de traitement de la sciatique : la méthode de compression cutanée de Negro et la méthode de distension non sanglante de Bonnuzzi.

I. Compression cutanée (méthode de Negro). — Negro a conseillé de traiter le nerf douloureux par compression cutanée digitale.

Cette méthode, au moment où elle fut proposée par Negro présentait évidemment des difficultés dans son application, car il était nécessaire, surtout dans les cas graves, d'exercer une longue compression, répétée dans plusieurs séances. La modification apportée par Aurdiani a rendu la méthode plus pratique en substituant la compression instrumentale, au moyen d'un appareil très simple, constitué par une pelote qu'un ressort solide vient fixer en position verticale sur le point du trajet du nerf qui paraît le mieux approprié.

Il faut à cet égard ajouter que, contrairement aux indications de Negro, il ne suffit pas de placer la pelote en certains points fixes, mais on doit rechercher les points douloureux par une palpation attentive, ou noter ceux qui apparaissent spontanément. Tous ces points douloureux doivent être traités soit en plusieurs reprises, soit par l'application simultanée de plusieurs pelotes.

La durée et le nombre des séances doit naturellement varier dans chaque cas. Au début, la pelote n'est guère supportée plus d'un quart d'heure, souvent moins.

Dans 54 cas où la méthode fut essayée, M. le Dr Bucelli a noté un résultat favorable marqué. Dans 2 cas même où très probablement la sciatique était d'origine tabétique, les crises douloureuses subirent une heureuse modification ; elles furent surtout éloignées. Presque tous les cas guéris, moins 3, appartenaient à la catégorie des sciatiques récentes, sans phénomènes déclarés de névrite. Elles dataient de un minimum de neuf jours à un maximum de quarante-sept.

L'amélioration, en général, apparaît dès la fin de la première application et augmente progressivement.

En général, le traitement compressif paraît plus efficace et presque plus indiqué dans les cas où la douleur présente des points limités.

Il a semblé surtout utile dans les névralgies qui portent sur les branches du sciatique au niveau de la jambe.

Les formes de névralgies aiguës, paroxystiques, ont été particulièrement bien soulagées, surtout lorsque le traitement a pu être appliqué aussi près que possible du paroxysme.

En résumé, la méthode de Negro, rendue plus pratique par l'instrument d'Aurdiani, peut rendre de bons services dans les cas de douleur à siège limité, sans troubles trophiques et en agissant le plus près possible du moment des paroxysmes. Dans ces cas, elle offre de bonnes chances de guérison complète : elle amène en tout cas toujours une amélioration.

II. Distension non sanglante (méthode de Bonuzzi). — La seconde méthode de traitement de la sciatique sur laquelle on doit attirer l'attention du praticien par la facilité de son application, par son absence de danger et par son efficacité, est la méthode d'étirement non sanglant du nerf créée par Bonuzzi.

En 1889, à Padoue, il proposa un nouveau traitement du tabes, consistant dans la flexion

forcée du corps en avant afin d'obtenir l'élongation de la moelle, indiquée par Charcot comme moyen de calmer les douleurs.

La méthode de Bonuzzi consiste à faire étendre le malade sur un plan horizontal. Ceci fait, un aide tient la partie supérieure du tronc, puis, le membre inférieur se trouvant dans l'extension, le médecin prend le pied et le relève lentement en fléchissant le membre sur le tronc autant qu'il est possible.

Sur 32 cas traités par la distension forcée, 5 ne ressentirent pas d'amélioration notable, 17 furent guéris complètement, 10 enfin furent très améliorés, mais la guérison complète ne put être obtenue.

En résumé, cette méthode, qui est d'une grande simplicité d'application paraît être assez efficace dans les cas de sciatique simple, c'est-à-dire dans la forme névralgique pure, sans névrite. (*Clin. Médico Ital. anal. in Gaz. hebdom.*)

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Les livres du médecin et le secret professionnel.

La Cour de Paris vient de rendre un arrêt dans une espèce qui soulevait des questions fort délicates en matière de secret professionnel médical.

Voici les faits : le Dr X... avait acquis de Mme veuve Z..., veuve d'un médecin décédé, la clientèle de ce dernier. L'acte de cession, conformément aux règles tracées par la jurisprudence en pareille matière, contenait à la charge de la cédante les *obligations de faire* ou *de donner*, sans lesquelles un semblable contrat ne serait pas valable. La cédante remettait au cessionnaire les carnets d'adresse et les fiches de renseignements médicaux laissés par le défunt, et elle s'engageait à envoyer chez le cessionnaire les malades, anciens clients de son mari, et les malades nouveaux, qui s'adresseraient à elle. Pour prix de ces divers avantages, le cessionnaire payait une certaine somme comptant, et « s'engageait *formellement et sur l'honneur* à remettre pendant deux ans à la cédante la moitié des produits de la clientèle cédée ». Pendant plusieurs trimestres, la veuve Z... encaissa, sans demander de justifications, la moitié lui revenant sur les sommes que le Dr X .. lui déclarait avoir touchées pendant chacun de ces trimestres. Un jour, elle déclara ne pas vouloir se contenter de la déclaration de son cessionnaire et exigea de lui qu'il lui communiquât son livre de comptabilité. Le Dr X... refusa de se plier à cette exigence, en prétendant, d'une part, que sa cédante, en stipulant de lui un *engagement d'honneur*, avait par cela même pris l'engagement de s'en rapporter à sa parole, et d'autre part, qu'il ne pourrait, sans violer l'obligation du secret professionnel, lui faire connaître les noms des personnes à qui il avait donné des soins, et par suite lui révéler les faits d'intervention médicale accomplis par lui auprès de ces personnes.

Un procès s'en suivit. La veuve Z... assigna le Dr X... devant le tribunal de la Seine pour s'entendre condamner à remettre entre ses mains, en communication, le livre de comptabilité afférent à la clientèle cédée.

La 5e chambre du tribunal civil de la Seine, saisie du litige, rendit, le 17 novembre 1898, un jugement, qui admettait sans réserves la prétention de la veuve Z... Le Dr X... interjeta appel.

La Cour de Paris (6e chambre) a rendu son arrêt, le 3 janvier 1900. Elle confirme le jugement, sur le principe, en décidant que la veuve Z... avait droit à la communication du livre, mais elle modifie le jugement en prescrivant des mesures de précaution, pour que la communication des livres ait lieu de manière à ce que le secret professionnel soit le plus possible sauvegardé.

Voici le texte de cet arrêt :

Cour d'Appel de Paris (6e chambre).— Arrêt du 3 janvier 1900.

La Cour,

Considérant que s'il est, d'une façon absolue, interdit au médecin, confident nécessaire de ses clients, de divulguer les secrets, soit d'ordre intime et moral, soit même d'ordre purement médical, que ceux-ci lui ont révélés ou que l'exercice de son art l'a amené à découvrir, cette interdiction ne s'étend pas, sauf de rares exceptions, au fait même de son intervention, qui est souvent de notoriété publique et presque toujours connu tant de son entourage que celui du malade ;

Que cette interdiction ne s'etend pas non plus au réglement de ses honoraires ; qu'autorisé à les réclamer aux agents-cause de ses clients et même à en poursuivre le recouvrement en justice, transmettant les mêmes droits à ses héritiers, le médecin ne saurait exciper d'obligations qui ne le lient pas, lorsqu'il s'agit de son propre intérêt pour refuser de faire connaître aux tiers qui justifient d'un intérêt légitime, des faits qui n'ont rien de secret ni de confidentiel ;

Qu'il en est ainsi dans l'espèce des constatations consignées dans la comptabilité spéciale que X... était astreint à tenir par cela seul qu'il s'était engagé à partager avec la veuve de son prédécesseur les bénéfices à provenir, soit des anciens clients de celui-ci dont la liste lui avait été remise par la veuve Z..., soit des clients nouveaux qui lui auraient été indiqués ou adressés par elle ;

Adoptant au surplus les motifs des premiers juges

....

Sur la forme de la communication :

Considérant qu'il échet de compléter le jugement en ordonnant que la communication sera faite, sans déplacement, dans le cabinet du Dr X..., en présence des parties, de leurs conseils et de leurs avoués.

Par ces motifs :

Confirme le jugement dont est appel ;

Dit que la communication ordonnée sera faite sans déplacement dans le cabinet de X..., en présence des parties, de leurs conseils et de leurs avoués ;

Déclare C... mal fondé dans le surplus de ses conclusions.

Nous ne donnons pas ici, afin de ne pas allonger outre mesure nos observations, le texte du premier jugement. Qu'il nous suffise d'indiquer que l'arrêt de la Cour en a adopté purement et simplement les motifs, en ce qui concerne l'interprétation de la convention. Il a été décidé à cet égard que, malgré l'expression employée « s'engage formellement et sur l'honneur à verser la moitié des bénéfices », la convention rentrait dans le droit commun des contrats synallagmatiques à titre onéreux, et que par suite le cédant avait un droit de vérification et de contrôle, au moyen de la production de la comptabilité, des déclarations du cessionnaire. Cette décision n'est pas à l'abri de toute critique. Il semble évident que, si les parties n'avaient pas entendu déroger au droit commun, elles n'auraient pas ajouté à l'obligation de payer que prenait le cédant, une formule par laquelle il engageait formellement son honneur, et que, c'est en raison de ce qu'elles se trouvaient dans une matière où le droit de contrôle soulève des questions délicates de secret professionnel, qu'elles ont voulu mettre sous la sauvegarde de l'honneur du cessionnaire la sincérité des déclarations qu'il aurait à faire au cédant. Mais nous sommes en matière d'interprétation de conventions. Les parties ont eu le tort de ne pas s'expliquer d'une façon suffisamment claire. On a le droit

de convenir dans une vente faite moyennant un partage de bénéfices, que le vendeur devra accepter les déclarations de l'acquéreur, sans exiger de lui des justifications. Mais, comme il s'agit d'une dérogation au droit commun, il faut une stipulation expresse, ne laissant aucun doute sur l'intention des parties.

Nous engageons donc les médecins qui signeront des contrats de la nature de celui que nous avons analysé, à stipuler bien nettement que le cédant n'aura le droit d'exiger d'eux aucune justification à l'appui du chiffre de bénéfices qu'ils déclareront avoir faits.

Cette stipulation nous paraît d'autant plus nécessaire qu'un contrat de cession de clientèle dans lequel le médecin acquéreur s'engage même implicitement, à donner communication au cédant de ses livres de comptabilité, contient bel et bien un engagement de violer le secret professionnel. Nombreuses, en effet, sont les hypothèses dans lesquelles un client qui s'est adressé à un médecin tiendra, bien qu'ayant fait partie de la clientèle du prédécesseur, à ce que la veuve ou les héritiers de ce dernier, ne soient pas mis au courant même du fait pur et simple de l'intervention du médecin auprès d'eux. L'arrêt que nous reproduisons, déclare que ces cas sont « de rares exceptions » et, contrairement à tous les principes, admet que la règle du secret professionnel ne s'applique pas au fait de l'intervention médicale, parce qu'il serait souvent de notoriété publique et presque toujours connu de l'entourage du malade.

Il est, au contraire, constant, en doctrine et en jurisprudence, que la violation du secret existe, bien qu'il s'agisse de faits de notoriété publique, et à plus forte raison de faits connus de l'entourage des intéressés. La Cour a d'ailleurs cru pouvoir distinguer entre le secret concernant soit la nature de la maladie, soit des confidences ou des observations d'ordre intime et moral, et celui, beaucoup moins grave, relatif au nom du client et au fait de l'intervention du médecin, et elle paraît avoir été amenée à faire cette distinction par le souci de ne pas apporter d'entrave à l'action du médecin en paiement de ses honoraires. Il faut rendre grâces à la magistrature et lui savoir gré de s'être préoccupée ainsi de l'intérêt des médecins. Une fois n'est pas coutume : mais c'est déjà mieux que rien. Cependant, ce qu'une décision de jurisprudence a édifié, une autre décision peut le démolir. Il a été jugé que la veuve d'un notaire ne pouvait exiger du successeur de son mari la production des livres, registres d'études, agendas annuels, afférents au précédent exercice et restés entre les mains du nouveau titulaire, même en vue de se procurer les renseignements pour le recouvrement des sommes dues à la succession de son mari (Cassat. Ch. Civ., 18 janvier 1886). Et cette décision est basée sur les obligations du secret professionnel auxquelles sont soumis les notaires. A l'égard des agents de change, « ils doivent garder un secret inviolable aux personnes pour lesquelles ils ont fait des opérations, à moins que les parties ne consentent à être *nommées* ou que la nature des opérations l'exige » (Règlement de la Cie des agents de change de Paris, 11 avril 1878) et « ce secret est considéré comme si « important, dit M. Courtois (Traité élém. des opé- « rations de Bourse, p. 213) que la Chambre syndi- « cale, ayant dû, afin de rendre compte de l'exécu- « tion de ses décisions, vérifier à plusieurs reprises « la comptabilité des agents de change, enjoignit à « ceux-ci de désigner leurs clients par des numéros, « sur les livres que l'on devait inspecter, afin qu'elle- « même respectât ce secret si utile pour les affaires « en général et surtout pour celles de Bourse. »

On ne nous dira pas, je pense, que les rapports d'un médecin avec son client sont de nature moins confidentielle et méritent moins d'être protégés par l'obligation du secret absolu que les rapports entre les clients d'un agent de change et ce dernier. Quoi qu'il en soit, malgré l'obligation qui est imposée aux agents de change de conserver le secret même sur les noms des personnes pour lesquelles ils ont opéré, le droit d'agir en justice contre ceux de leurs clients qui ne leur paient pas leurs courtages ou ne soldent pas leurs différences, ne leur a jamais été contesté. L'obligation du secret même en ce qui concerne la révélation des noms et du fait de l'intervention médicale, pourrait, de la même manière, se concilier, avec le droit d'agir en justice pour le paiement des honoraires. Aussi repétons-nous aux médecins : « Comme la jurisprudence n'est pas immuable et que ce qui est jugé licite par les juges d'une époque ou d'une région, peut être jugé illicite par d'autres juges, prenez la précaution bien simple de toujours stipuler, lorsque vous achèterez une clientèle moyennant un tant pour cent sur les produits pendant un temps déterminé, que le vendeur ne pourra exiger aucune justification à l'appui de votre déclaration du chiffre des bénéfices à partager. »

Car tout contrat dans lequel il apparaîtrait que le médecin a pris un engagement contraire à l'obligation du secret, est sous le coup d'une annulation comme étant contraire à l'ordre public. Et il n'y a rien d'invraisemblable dans la supposition qu'un tribunal pourrait interpréter autrement que ne l'a fait la Cour de Paris, l'obligation de communiquer la comptabilité que, par voie d'interprétation, elle a déclaré contenue dans le contrat que nous avons analysé.

Ce contrat nous fournit d'ailleurs la matière d'une dernière réflexion pratique, dans le même ordre d'idées. La veuve Z. avait transmis au Dr X., outre les carnets d'adresse des clients de son défunt mari, ses fiches de renseignements médicaux. Pour ces derniers documents, le caractère confidentiel des renseignements qu'ils contiennent, ne saurait faire aucun doute. Aussi le contrat qui contient une cession de documents de nature confidentielle, pourrait être déclaré nul comme contraire à l'ordre public, et cette nullité pourrait être prononcée d'office par le juge, c'est-à-dire sans que les parties aient soulevé le moyen dans leurs conclusions. Donc, que les médecins évitent de mentionner la transmission de semblables documents dans les contrats de clientèle.

Malgré ces critiques d'ordre juridique, l'arrêt de la Cour de Paris ne saurait être mal accueilli par le corps médical, puisqu'il consacre pour les médecins le droit non seulement d'agir en justice pour le paiement des honoraires qui leur sont dus, mais encore celui de produire leurs livres de comptabilité, sans craindre d'en être empêchés par un rappel aux obligations du secret professionnel. En outre, malgré l'approbation sans réserve qui avait été donnée au jugement du tribunal par M. Roche, avocat conseil de l'Union des syndicats, dans un commentaire inséré au *Bulletin officiel de l'Union des Syndicats* de février 1899 et reproduit dans la *Tribune médicale*, la Cour de Paris a reconnu au livre de comptabilité du médecin un peu du caractère secret que lui avait refusé le tribunal, puisqu'elle modifie la décision des premiers juges en prescrivant certaines précautions pour éviter que l'accroc donné à la règle du secret fût trop manifeste. Les mesures ordonnées impliquent nécessairement l'interdiction pour la cédante de se livrer à des investigations indiscrètes auprès de ses clients, et la limitation de son droit de contrôle à la comparaison des chiffres portés sur le livre de comptabilité avec les totaux déclarés par le cessionnaire.

En résumé, malgré les principes proclamés dans l'arrêt que nous avons reproduit, nous ne saurions trop conseiller aux médecins d'être prudents, au point de vue du secret professionnel, dans la rédaction des contrats de cession de clientèle.

Georges Gatineau,
Avocat à la Cour d'Appel de Paris,
Conseil du « Sou Médical ».

Cour d'appel de Rennes (2e Ch.)

Présidence de M. de Savignon-Larombière.

Audience du 22 avril 1899

MÉDECIN. — ACCIDENT. — CERTIFICAT. — VIOLATION DU SECRET PROFESSIONNEL. — JUGEMENT SUR L'INCIDENT. — EXÉCUTION. — APPEL POSTÉRIEUR. — IRRECEVABILITÉ.

La délivrance, par un médecin, d'un certificat relatif à un accident, hors la présence et sans le consentement de son client, constitue un manquement grave au devoir de discrétion imposé à tous les médecins (résolu par le jugement).

En conséquence, si le certificat est produit en justice, il doit être rejeté du débat.

Le jugement qui, statuant sur un incident soulevé par le défenseur, a décidé qu'un certificat médical produit par le demandeur serait écarté du débat, est définitif, et le demandeur qui l'a exécuté au fond, sans appel ni réserve d'appel, est sans droit à en interjeter appel ultérieurement.

M. Morin a fait citer devant le Tribunal civil de Fougères M. Le Housec, réclamant à celui-ci des dommages-intérêts en raison d'un accident.

M. Le Housec a produit, au débat, un certificat des docteurs Gastel et Maignant, ayant précédemment donné des soins médicaux au demandeur.

Dans ces conditions, M. Morin a conclu au rejet dudit certificat, comme constituant une violation du secret professionnel.

Le 29 juin 1898, le Tribunal civil de Fougères a rendu le jugement suivant :

« Le Tribunal,

« Attendu que, dans ses conclusions notifiées le 23 juin présent mois, M. Le Housec reconnaît que Morin avait appelé près de lui le docteur Maignant et avait été soigné pendant près de deux mois par le docteur Gastel ;

Attendu que, pour diminuer l'étendue de la responsabilité qui lui incombe, le défenseur communique un certificat daté du 3 mai 1898 et signé par les docteurs Gastel et Maignant ;

« Mais attendu que la délivrance de ce certificat à Le Housec, hors la présence et sans le consentement de Morin, constitue un manquement grave aux devoirs de discrétion imposés à tous les médecins ;

« Attendu, en effet, que les docteurs en médecine ne doivent pas révéler aux tiers les constatations médicales par eux faites, lors de leurs visites, sans y avoir été formellement autorisés par les personnes visitées ; qu'à bien plus forte raison, il leur est plus formellement encore interdit, s'ils ont été appelés près d'un blessé, de délivrer à une tierce personne, intéressée à contester les conséquences des blessures, un certificat médical dont usage pourra être fait contre la personne qui leur a accordé sa confiance et à laquelle ils ont consenti à donner leurs soins ;

« Attendu même, que MM. Gastel et Maignant auraient-ils été les médecins appelés d'accord par les deux parties, leur obligation au secret professionnel n'en subsisterait pas moins, au profit de Morin, vis-à-vis de Le Housec ;

« Attendu que Morin est donc bien fondé à demander que le Tribunal rejette du débat une pièce dont la présence, entre les mains de Le Housec, est ainsi viciée dès son origine.

« Attendu, dès lors, qu'il y a lieu de rejeter comme non pertinente, en vertu des motifs ci-dessus, la demande de preuve formulée par le Housec :

« Par ces motifs,

« Rejette l'offre de preuve formulée par Le Housec ; rejette du débat le certificat des docteurs Gastel et Maignant du 3 mai 1898, en ordonne la remise immédiate au greffe ;

« Dit qu'il est superflu de donner acte à Morin de ce qu'il déclare se réserver d'exercer ultérieurement tous ses droits, moyens et actions contre les signataires du certificat du 3 mai ; ces voies d'action lui appartenant en toutes circonstances contre des tiers étrangers au procès ;

« Condamne Le Housec aux dépens de l'incident, déboute Le Housec de ses conclusions contraires au présent. »

M. Le Housec, après avoir exécuté le jugement qui précède, en plaidant au fond, en a néanmoins interjeté appel.

La Cour a déclaré cet appel non recevable par l'arrêt ainsi conçu :

« La Cour,

« Considérant que, par jugement du 29 juin 1898, le Tribunal de Fougères, statuant sur cet incident soulevé par Morin, a décidé que les certificats des docteurs Gastel et Maignant seraient écartés du débat pendant entre Morin et Le Housec ;

« Considérant que le Housec était condamné aux frais de l'incident ;

« Considérant que le jugement qui tranche définitivement une question incidemment soulevée, était de nature à faire grief à Le Housec ; que celui-ci l'a exécuté en plaidant au fond, sans appel ni réserve d'appel, à l'audience du 1er juillet 1898 ;

« Considérant que les réserves générales formulées par Le Housec aux conclusions prises à ladite audience, ne s'appliquent qu'aux questions définitivement tranchées ;

« Considérant, dès lors, que l'appel interjeté le 1er avril 1899 contre ledit jugement, est nul et inopérant, et que Le Housec doit être déclaré non recevable dans ledit appel ;

« Par ces motifs :

« Dit Le Housec non recevable dans son appel du 14 avril 1899 contre le jugement du 29 juin 1898 ;

« Met ledit appel à néant ; dit que le jugement attaqué sortira son plein et entier effet ; condamne Le Housec à l'amende et aux dépens. »

BULLETIN DES SYNDICATS

et Sociétés locales.

Il nous est devenu impossible de publier tout ce qui nous a été adressé par les Sociétés et les Syndicats au sujet de la lutte contre les Compagnies d'assurances-accidents. Nous nous voyons donc forcés de laisser de côté toutes les délibérations qui n'ont qu'un intérêt purement local, et les variantes de tarification dont la raison d'être n'apparaît pas avec un caractère d'utilité générale.

En revanche, nous faisons appel à tous les groupes au sujet des résultats déjà acquis. Il est urgent de publier, le plus tôt possible, une revue de nos succès qui soutiendra les courages là où il reste des positions à emporter.

Il est, par exemple, des Syndicats, tel celui de Rambouillet, qui ont substitué la négociation collective à la convention individuelle, afin de supprimer irrévocablement le marchandage. Ils devront être les premiers à nous signaler le triomphe définitif, et leurs bulletins seront impatiemment attendus.

Au sein des sociétés locales, on a, de même, discuté beaucoup sur le nom de baptême qu'il fallait donner à l'Association générale transformée. La question est aujourd'hui tranchée, après l'assemblée du 7 janvier.

L'avenir dira ce que vaut le choix opéré. En

tout cas, les rapports faits dans chaque société n'ont plus qu'un intérêt rétrospectif. Ce qu'il importe de savoir, désormais, ce sont les vues de chaque groupe au sujet du rôle que devra prendre l'Association. Nous nous ferons un devoir d'enregistrer les indications qui ressortiront du vote des statuts soumis aux sociétés locales.

Société locale de l'Ain

(EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL DE LA SÉANCE DU 29 SEPTEMBRE 1899.)

Vœux concernant l'organisation du service de l'Inspection des Enfants du 1er âge.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Gauthier, Bouilloud, Chevelu, Dechoudans et Eug. Françon, l'assemblée adopte le vœu présenté par M. Chevelu, demandant que les circonscriptions médicales soient supprimées, qu'on laisse à la famille le choix du médecin (à distance égale), et que l'administration n'ait plus le droit arbitraire d'exclure des médecins de ce service.

M. Chevelu demande, comme corollaire de ce vœu, que les listes de médecins affichées dans les mairies donnent indistinctement le nom de tous les médecins de la région qui auront accepté le tarif de ce service.

Vœu concernant le service de l'Assistance médicale gratuite.

M. Guillemant expose que, depuis la nouvelle loi, il s'est élevé un conflit entre les municipalités et l'administration, au sujet des enfants assistés qui ont atteint leur majorité. Chacune d'elles cherche à rejeter sur l'autre la charge de l'assistance. Il en résulte une grande difficulté, et parfois même l'impossibilité, pour les médecins, d'obtenir le règlement de leurs honoraires en ce qui concerne les soins donnés à ces enfants.

M. Hudellet expose à son tour qu'il a déjà fait à ce sujet des démarches à la préfecture, mais sans avoir pu obtenir de solution.

A la suite de la discussion qui s'engage, l'assemblée émet le vœu que le bureau de l'Association attire de nouveau sur ce point important l'attention des pouvoirs publics, afin de faire cesser l'incertitude qui règne à cet égard, incertitude qui porte préjudice aussi bien aux enfants assistés majeurs qu'aux médecins eux-mêmes.

M. Dechoudans rappelle le vœu qu'il fit adopter par l'assemblée, l'année dernière, tendant à ce que l'Administration exerçât une étroite surveillance sur la façon arbitraire et défectueuse dont les communes dressent la liste des indigents qui seront appelés à bénéficier de l'Assistance gratuite. D'après l'orateur, la situation n'a pas changé et les municipalités continuent à suivre les mêmes errements, pour échapper aux charges financières qui leur incombent de ce fait. L'Assemblée adopte de nouveau le vœu qu'elle avait émis à ce sujet en 1897.

Puis, M. Chevelu demande que l'administration soit invitée à mettre soigneusement à jour, chaque année, la liste des médecins qui ont adhéré au tarif de l'Association médicale gratuite ; ce vœu est aussitôt adopté sans discussion.

Vœu concernant la suppression des médecins assermentés.

L'assemblée reprend à nouveau la question de privilège des mécins assermentés, qu'elle avait déjà abordée il y a quelques années. Divers membres font ressortir que ce privilège fut créé par l'Empire, pour avoir dans sa main cette catégorie de fonctionnaires, mais qu'aujourd'hui il n'a plus raison d'être et qu'il porte atteinte à la dignité du Corps médical.

L'assemblée approuvant ces considérations émet le vœu que le privilège des médecins assermentés soit suprimé.

Le Secrétaire,

Dr JULLIARD, Châtillon-de-Michaille.

REPORTAGE MEDICAL

Distinctions honorifiques. — Le tableau de concours des officiers de réserve de l'armée de mer, pour le grade de chevalier de la Légion d'honneur, publié le 7 février à *l'Officiel*, porte :

Corps de santé de la marine. — Les médecins de 1re classe de réserve :

MM. Bouquet (Louis-Paul-Auguste.)
Duliscouet (Hyacinthe-Jean-Fleury.)

Nous adressons nos félicitations à ces deux membres du Concours médical et de ses œuvres, qui exercent l'un à Brest et l'autre à Lorient. Puisse la récompense que nous enregistrons leur faire revivre les bonnes journées d'un passé militaire qui ne fut pas banal ! Puisse-t-elle aussi leur conserver longtemps la bonne ardeur pour la lutte en faveur de la solidarité professionnelle.

La lutte contre la tuberculose. — La grande commission récemment instituée s'est réunie le 22 janvier, sous la présidence de M. Waldeck-Rousseau, pour commencer ses travaux.

C'est l'Etat qui entre enfin en campagne contre ce grand fléau social. Quel sera son rôle ? Tous les médecins se le demandent, non sans quelque appréhension, car quelqu'un, sous prétexte de loi, va encore se placer là entre eux et leurs malades. Nous voulons espérer que les médecins qui font partie de la commission sauront concilier les exigences de la théorie et les indications formelles de la pratique, sous peine de faire œuvre inutile.

Commission parlementaire d'hygiène.— En exécution d'une récente résolution de la Chambre, les bureaux ont nommé une grande commission de 33 membres, chargée de toutes les questions relatives à l'hygiène publique. Cette commission est ainsi composée :

MM. Déribéré-Desgardes, Gacon, Pouteyrou, Herbet, Borne, Lerolle, Delbet, Thierry-Delanoue, Robert, Henri Ricard (Côte-d'Or), Ermant, Amodru, Villejean, Morel, Gautret, Bachimont, Audriffred, Léo Melliet, Emile Dubois (Seine), Krantz, Stanislas-Ferraud, Ferroul, Aymé de la Chevrelière, Néron-Bancel, Limouzain-Laplanche, Chopinet, Vazeille, Labussière, Rouland, Malaspina, Vaillant ; Lachaud, Colliard.

Sur ces 33 membres, il y a 18 médecins et 3 pharmaciens.

Le bureau a été constitué ainsi :

Président, M. Dubois ; vice-présidents, MM. Villejean, Ricard et Borne ; secrétaires, MM. Morel, Vazeille et Féroul.

Journalistique. — Nous souhaitons la bienvenue à la *Revue médicale de Normandie*, qui se publie à Rouen, et dont nous venons de recevoir les premiers numéros. Son rôle dans la lutte en faveur des progrès hygiéniques, médicaux et sociaux, ne

peut manquer d'être des plus utiles, car il s'exercera dans une région où il y a beaucoup à faire et bien des résistances routinières à vaincre.

Récompenses trop purement honorifiques. — Le Ministre vient d'accorder le traditionnel témoignage de satisfaction aux médecins ci-dessous qui ont soigné *gratuitement*, pendant de longues années, les gendarmes et leurs familles.

MM. Gallice, à Langeac ; Legrand, à Marcigny ; Barrier, à Lavoulte ; de Bellanoy, à Château-Neuf (Cher) ; Martin, à Conches ; Maurin, à Crest ; Levesque, à Domfront ; Moris, à Pouzauges ; Peyromore-Debord, à Orsay ; Millet-Lacombe, à Miallet; Fort, à Carbonne ; Bonnet, à Lignières (Cher) ; Gaubert, à Durban (Aude) ; Lecomte, à Ménil-Hubert (Orne) : Grellet, à El-Biar (Alger) ; Pellat, à Pantin ; Grabinski, à Neuville-sur-Saône ; Bouret, à Ribécourt ; Beaujolin, à Saint-Symphorien-sur-Coise ; Gromier, à Delle ; Leboucher, à Condé-sur-Noireau ; Germain, au Mesle-sur-Sarthe ; Sagot, à Lannilis ; Mascarel, à Brûlon ; Piot, à Aiguebelle ; Rosset, à Albens ; Maisonnave, à Rion ; Wollenwerber, à Vire ; Delfan, à Villeneuve ; Chalmet, à Landerneau ; Hébert, à Envermeu ; Chapuis, à Boufarik ; Chassagne, à Bélâbre ; Loisel, à Sotteville-les-Rouen ; Raguet, à Paimbœuf ; Herbline, à Isigny ; Ménard, à Bacqueville ; Gaimard, à Aubagne ; Durand, à Pont-de-Salars ; Hurpy, à Dieppe; Farny, à Rebais ; Thobois, à Saint-Ouen ; Ducosté, à Brionne ; Corté, à la Charité ; Raoult, à Rostrenen ; Metoz, à l'Isle-sur-le-Doubs ; Fabre, à Astaffort ; Logeais, à Palluau ; Rébulet, à Bourthergoulde ;

Tous les ans, quand nous enregistrons cette nouvelle périodique, nous nous étonnons de voir l'Etat mettre ainsi ses agents au-dessous des assistés de la loi de 1893, et nous payer en monnaie de singe, la science et le dévouement que nous dépensons pour eux.

Ajoutons que, cette année, plusieurs des Confrères récompensés sont morts sans avoir reçu le maigre témoignage de la reconnaissance officielle.

Et dire que demain il se trouvera encore des médecins pour courir après ce monopole si séduisant !

Médecins-Sénateurs. — Parmi les sénateurs élus au renouvellement partiel du 28 janvier dernier, nous sommes heureux de relever les noms de 21 médecins, parmi lesquels 7 membres du Concours dont les noms suivent : MM. les docteurs Bontemps (Haute-Saône), Collinot (Yonne), Legludic (Sarthe), Lordereau (Yonne), Pedebidou (Hautes-Pyrénées), Petitjean (Nièvre), et Pietlre (Seine). Nous adressons toutes nos félicitations à nos confrères.

Les frais médicaux et les accidents du travail. — Le Comité des assurances contre les accidents du travail, consulté par le ministre du commerce sur diverses questions relatives à l'application de la loi du 9 Avril 1898 a émis l'avis suivant pour ce qui concerne les frais de médecin :

1° Les dispositions sur la gratuité ne paraissent point opposables aux médecins appelés à délivrer des certificats ;

2° Un « certificat de médecin » devant être joint à la déclaration d'accident, le chef d'entreprise se trouve astreint à cette production complémentaire, aussi bien qu'à la déclaration elle-même ; il est donc tenu de se procurer à ses frais le certificat médical; il en est de même de la victime de l'accident et ses représentants si, usant de la faculté réservée par la loi, ils prennent l'initiative de la déclaration d'accident ;

3° Le juge de paix pouvant « désigner un médecin pour examiner le blessé », les honoraires de ce médecin doivent être admis en taxe, d'après les tarifs civils, comme en toute matière judiciaire :

4° Enfin, en ce qui concerne les « frais médicaux » devant être « supportés » par le chef d'entreprise, le médecin traitant a le droit de répéter ses honoraires d'après les conventions ou l'usage, sous la seule réserve de l'application en justice du tarif de l'assistance médicale gratuite, au cas où il a été directement appelé par la victime de l'accident.

La pratique des professeurs des Universités en Belgique. — Voici l'ordre du jour adopté par la *Société de médecine d'Anvers*, concernant le recrutement et la pratique des professeurs des Universités :

« La Société de médecine d'Anvers affirmant ses sympathies pour la liberté de la presse scientifique, émet le vœu : 1° de voir les places professorales confiées aux candidats les plus scientifiquement méritants ; 2° d'interdire aux professeurs d'Université la pratique civile, au nom de l'intérêt de l'enseignement et de la dignité des fonctions professorales, et approuve la campagne menée par la *Belgique médicale*. »

Bibliographie. — Vient de paraître chez Maloine, 25, rue de l'École-de-Médecine, *La vie de jeune homme*, par le Dr Surbled, membre du Concours médical.

C'est une intéressante et courageuse profession de foi, qui vient bien à son heure en notre fin de siècle, où tant d'habitudes pernicieuses sont venues affaiblir les caractères et la race, à la faveur d'absurdes préjugés.

Bibliographia medica (*Index medicus*). Classement méthodique de la bibliographie internationale des Sciences médicales.— La *Bibliographia Medica* continue les traditions de l'*Index Medicus*, fondé aux Etats-Unis en 1879, et ayant cessé de paraître en 1899.

La Rédaction a été perfectionnée dans la mesure du possible, pour être en harmonie avec les lois bibliographiques modernes ; mais on a conservé et même poussé plus loin encore le *Classement méthodique des Matières*, adopté, avec tant de raison, par les Bibliographes Américains, qui ont fondé cette publication.

L'Administration nouvelle fera tous ses efforts pour rendre ce Recueil encore plus pratique.

Toutes les lettres, communications, livres, journaux, mandats, etc., relatifs à la Rédaction ou l'Administration doivent être adressés franco à M. le Dr Marcel Baudouin, rédacteur en chef-gérant, à l'*Institut de Bibliographie*, 93, boulevard Saint-Germain, Paris.

Prix de l'abonnement : France et Algérie, 50 fr. ; Pays étrangers compris dans l'Union postale, 60 fr. Prix du numéro : 5 francs.

La *Bibliographia Medica* (Index Medicus) paraît le 15 de chaque mois. Elle comprend la Bibliographie internationale du mois précédent. Chaque numéro a 80 pages au moins, format grand in-8°.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4459.— M. le docteur Laisné fils, de Paris, présenté par M. le docteur Laisné père, de Paris.

N° 4460.— M. le docteur Muller, de Rosiers-sur-Loire (Maine-et-Loire), présenté par MM. les docteurs Chailloux et Tardif, de Longué (M.-et-L.).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer le décès de M. le docteur Mignot, de Pougues (Nièvre), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 7 17 FÉVRIER 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Notre enquête pour la lutte contre l'encombrement médical.

A la dernière assemblée du Concours médical, il a été décidé qu'un prix de cinq cents francs serait décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur l'encombrement médical. *Ces mémoires doivent être déposés aux Bureaux du* CONCOURS MÉDICAL, 23, *rue de Dunkerque, avant le 1er juin 1900.*

La Commission chargée d'examiner les mémoires propose, aux candidats, le programme suivant, tout en leur laissant la plus grande latitude sur la manière d'envisager la question :

1° Montrer, par des statistiques prises dans la dernière moitié du siècle, que l'encombrement existe réellement, en comparant le nombre des médecins avec le chiffre de la population.

2° Etudier les causes de cet encombrement (influence de la loi militaire, facilité plus grande des examens, dispense des diplômes au début des études, création de Facultés de Médecine nouvelles, etc.).

3° Montrer les inconvénients du nombre croissant des médecins, au point de vue de la moralité professionnelle et de la situation matérielle des médecins.

4° Rechercher les moyens de diminuer, dans l'avenir, cet encombrement (examen physique des étudiants au moment de leur admission à la Faculté, limite d'âge à l'entrée, limite du nombre d'étudiants d'après les ressources d'enseignement de chaque Faculté, publication des dispenses ministérielles de scolarité, accordées chaque année, au début des études ; délais plus longs d'ajournement aux examens, limitation du nombre de ces ajournements à un même examen, etc.).

5° Etudier, à l'étranger, les causes de l'encombrement médical, et les moyens employés pour y remédier.

Nos lecteurs se souviennent que, dans le cours des années 1898, et 1899, le journal a publié, sur cette question, des articles et correspondances qui constituent déjà des documents. Les deux collections sont donc à consulter attentivement.

Mais nous appelons plus particulièrement l'attention sur l'article paru le 6 janvier de cette année, avec la signature de M. le Dr Duchenne (de Ferrières-en-Gâtinais), et sur la réponse de M. le Dr Hervé (de La Motte-Beuvron) insérée au présent numéro. Ce sont là des travaux étudiés et très suggestifs, où sont, notamment, bien envisagées, les questions préjudicielles de limitation ou de libre accès dans la carrière. Ils ouvrent brillamment la discussion générale.

Mais, il faut des mémoires plus complets encore, et c'est pourquoi nous avons tenu à indiquer le programme *minimum*, que M. le Dr Lepage a bien voulu tracer au nom de la Commission.

Que les concurrents n'hésitent pas à en développer, à fond, toutes les parties, toutes les conséquences: qu'ils en précisent les détails d'application, autant qu'ils le pourront ; qu'ils sortent même du cadre ci-dessus, s'ils y voient des lacunes. En un mot, nous souhaitons que la ques-

tion devant être portée dans le Congrès, elle y arrive pleinement éclairée et mûre pour un vote; car, s'il en était autrement, la discussion serait impossible ou stérile, en une assemblée nombreuse, et l'effort resterait vain, ce qui n'est pas dans les habitudes de notre Société du Concours médical.

Nombreux, certainement, sont les confrères qui, par leur situation, ont acquis toute la compétence nécessaire pour parler à bon escient de cette grosse affaire. Ils n'ont pas le droit de priver le corps médical de leur avis autorisé.

Mais nous voulons prévoir une objection, celle-ci : « Tel médecin connaît à fond, une ou deux des causes à signaler, leur importance « étiologique, le remède qu'il convient d'y ap« porter : seulement il ignore les autres ou en « mesure mal la portée. Il ne pourra faire un « travail complet répondant au programme. »

Cette considération ne doit arrêter personne. S'il arrive, en effet (et c'est à prévoir), que les mille côtés du problème ne soient traités qu'un à un, d'une façon parfaite, en des mémoires émanant en quelque sorte de spécialistes, la documentation n'en sera pas moins complète, et c'est ce qu'il faut rechercher. La tâche de la Commission sera plus lourde, il est vrai, mais ses conclusions s'étayeront sur des bases solides.

A l'œuvre donc, chers confrères, et sans tarder. Que chacun apporte une bonne pierre sur le chantier, et votre Commission s'efforcera de vous donner l'édifice rêvé.

La Commission de l'encombrement médical.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le scorbût

M. le Dr *A. Hébert* étudie, dans la *Revue médicale de Normandie*, un cas remarquable de scorbut, dont il tire les conclusions suivantes :

1° La privation de végétaux verts peut, à elle seule, déterminer le scorbut, comme l'a indiqué, le premier, Bachstrom, car les causes adjuvantes signalées par les auteurs : froid humide, confinement, surmenage, chagrins, alcoolisme, etc., ont une influence insignifiante dans l'apparition de la maladie. D'autre part, le traitement général consistant seulement dans l'usage de légumes frais et de fruits, peut suffire pour amener la guérison ;

2° Le jus de citron n'est pas un spécifique contre la gingivite scorbutique, et là, comme dans beaucoup d'autres ulcérations buccales, la stomatite ulcéro-membraneuse en particulier, la teinture d'iode peut donner d'excellents résultats.

Le bégaiement.

D'après M. le Dr *Paul Olivier*, le bégaiement est une névrose de coordination. Il débute, en général, dans la première enfance chez des sujets prédisposés par une hérédité nerveuse, à la suite, parfois, d'émotions vives. C'est un trouble purement fonctionnel, caractérisé par la répétition convulsive de certaines lettres ou syllabes: la respiration, la phonation, l'articulation sont, ou peuvent être séparément, à la fois, intéressées par les spasmes involontaires. Le bégaiement est intermittent, variable selon les circonstances et, sans doute, les perturbations atmosphériques.

Pour le traitement, il faut rejeter toute intervention chirurgicale ayant pour but de remédier à cette infirmité. Les opérations pratiquées dans le nez ou dans la gorge, ne visent que l'obstacle à la respiration, obstacle à supprimer tout d'abord, avant l'éducation du malade. Aucune des méthodes de guérison proposées n'est infaillible, car toutes ont pour base indispensable la volonté même du sujet à guérir : aucune non plus n'est mystérieuse. En effet, on réussira seulement en ramenant au type physiologique normal les mouvements involontaires, spasmodiques, irréguliers, qui animent les organes du bègue. On s'occupera, en premier lieu, de la respiration, dont le malade doit devenir absolument maître, et cela seul suffira souvent à amener une cure, ou tout au moins à rendre normales les fonctions du larynx. Quant à l'articulation, dans les cas complexes, elle exigera une attention plus délicate. Selon la recommandation de *Colman*, on dressera un tableau de l'alphabet tel que le sujet le prononce. On pourra étudier, à l'aide du palais artificiel, les mouvements de la langue lors de la prononciation défectueuse d'une lettre. Une fois les défauts connus, on y remédiera en mettant le bègue à même de prononcer correctement.

L'isolement n'est nécessaire que dans certains cas particuliers ; mais ce qui est indispensable, c'est une rééducation qui fortifie la volonté.

L'appendicite.

Voici comment le Dr *Engelbach*, du Havre, envisage la conduite à tenir en face d'une appendicite, suivant l'époque à laquelle on est appelé à intervenir et selon la nature des complications qu'il est nécessaire de combattre ; on peut réduire à quatre, les cas qui peuvent se présenter :

1° Péritonite généralisée :

L'opération doit être pratiquée le plus vite possible; mais il s'agit de s'entendre. Roux a fait observer avec raison qu'un malade mourant pouvait être préalablement relevé, grâce à des injections de sérum, de caféine, etc., alors que toute intervention immédiate, si simple et si rapide qu'on puisse la concevoir, était une condamnation sans appel pour lui.

Mais, lorsque la situation est simplement grave, il faut opérer et vite, injecter un litre ou un litre et demi de sérum pendant l'opération, réchauffer le malade par les moyens usités en pareil cas.

Le choix de l'incision est de peu d'importance ; en général, on a intérêt à pratiquer d'abord une incision médiane, quitte à ouvrir largement ensuite la fosse iliaque droite ; une fois le pus écoulé, on lave le péritoine, sans employer un excès de pression ; le mieux est d'employer du sérum artificiel, le lavage constituant en même temps une injection massive qui remonte les forces du malade. On dirige d'abord le liquide vers le cul-de-sac de Douglas, d'où il s'élève, en sortant finalement par les incisions pratiquées au début de l'opération ; on évite, en tout cas, de rompre les adhérences déjà établies ; le drainage est ensuite assuré au moyen de gros drains

dirigés de tous les côtés et maintenus en place au moyen de mèches de gaze stérile. Je crois que, dans les cas graves, la méthode de Reynier (drainage par le cul-de-sac postérieur de Douglas chez la femme), et la méthode de Poncet (drainage parasacré), compliquent singulièrement l'opération ; j'en dirai autant de l'établissement d'un anus contre nature en cas de distension gazeuse des intestins (Henrotin, de Chicago).

En somme, les chances de succès varient selon la nature de la péritonite. Dans les formes enkystées ou à foyers multiples, le succès est possible et même probable ; dans le cas de péritonite septique généralisée, de septicémie péritonéale, les chances de survie sont minimes, bien qu'il me semble exagéré de refuser au malade, avec Jalaguier, le bénéfice d'une intervention ;

2° Appendicite suppurée :

La conduite à tenir est très simple (1) : s'il y a tuméfaction, on incise au niveau de l'appendicite, parallèlement à l'arcade de Fallope, et deux cas peuvent se présenter : tantôt on tombe sur un péritoine enflammé ; on décolle quelques adhérences, et aussitôt, le pus vient sourdre au milieu de la boutonnière musculo-aponévrotique, en suivant le doigt explorateur ; tantôt, au contraire, le cœcum est libre d'adhérences, il faut chercher l'abcès ; on ouvre donc, avec les plus grandes précautions, le péritoine pariétal auquel le cæcum pourrait être adhérent, et l'on tombe, en général, sur le foyer, situé dans une position très variable, par rapport au cæcum.

Tous les chirurgiens sont d'ailleurs d'accord pour réséquer l'appendice s'il se présente à la vue ; mais souvent il est impossible d'en reconnaître trace, au milieu du foyer purulent, que l'on se contente alors de drainer à la gaze ; il ne faut pas oublier d'examiner soigneusement la surface du cæcum, où peuvent se trouver de petits foyers de suppuration, surtout lorsque le grand épiploon est venu contracter des adhérences avec le gros intestin. Lorsqu'il y a tuméfaction, les erreurs de diagnostic ont moins d'importance, d'ailleurs. Il m'est arrivé d'opérer une typhlite, la tuméfaction résultant de la formation d'un abcès situé sur la paroi cæcale, sous des adhérences de l'épiploon ; une autre fois, les symptômes de l'appendicite masquaient une pyélonéphrite suppurée, et l'incision du parenchyme rénal amena une guérison rapide.

Je viens d'envisager des cas très simples où la tuméfaction est le symptôme capital ; dans d'autres cas, il n'y a pas d'autre symptôme local que la douleur ; la gravité de l'état général même, coïncidant avec l'absence de température, fait seule penser à la présence d'une collection purulente. Faut-il opérer à ce moment ? Certains chirurgiens affirment que non, et préfèrent attendre la formation d'adhérences et d'un abcès collecté ; leur nombre diminue d'ailleurs tous les jours ; je pense, pour ma part, qu'il y a danger à temporiser ; je sais bien que la question est difficile à résoudre : après intervention, lorsque l'état général était très inquiétant, le malade a succombé, et le chirurgien se hâte toujours, théoriquement, d'incriminer le retard apporté à l'opération, afin d'atténuer son insuccès. Je pense que, dans ces cas obscurs, il y aura toujours des mécomptes, tant pour les interventionnistes à outrance, que pour les opportunistes, qui préfèrent d'abord relever les forces du malade ;

3° Appendicite aiguë sans tuméfaction ni péritonite :

Nous sommes en présence des cas les moins simples, et de ceux sur lesquels la discussion est la plus ardente. L'état général du malade est bon, il y a peu de fièvre, la douleur est le symptôme dominant ; faut-il opérer ? Sur ce point, médecins et chirurgiens diffèrent d'opinion ; les médecins, en Allemagne surtout (Sahli, Sonnenburg, Ewald), ont tendance à multiplier les observations d'appendicite où la guérison est survenue après un traitement médical, ou plutôt a été spontanée ; les chirurgiens, au contraire, persuadés de l'innocuité de l'intervention, veulent opérer de bonne heure ; il est probable qu'ils ont raison, d'autant plus qu'il faut se méfier et des rémissions trompeuses et de la marche foudroyante que présente parfois, soudain, la maladie. Plus on opère tôt, plus on a des chances de réussite ; dans la discussion à la Société de chirurgie, 1898-1899, l'avis était à peu près unanime sur ce point. On préfère actuellement l'incision latérale parallèle à l'arcade ; on incise le péritoine, on recherche l'appendice qui est réséqué à sa base ; la surface de section est touchée au thermo, pour détruire la muqueuse, ou bien celle-ci est invaginée, ainsi que la musculeuse, sous la séreuse que l'on suture ; la paroi est alors refermée au moyen d'une suture en étages ou de surjets ; on ne draine que si l'on craint de la suppuration, par suite de l'état précaire des parois appendiculaires.

4° Appendicite chronique :

Il me reste à examiner la conduite à tenir lorsque l'appendicite est récidivante, à des intervalles de temps plus ou moins éloignés.

Il ne peut y avoir doute en pareille occurrence : le malade qui a eu la bonne fortune de guérir à la suite d'une première ou d'une seconde poussée d'appendicite, est toujours sous la menace d'une perforation ; s'il n'y a eu qu'une seule atteinte, on peut attendre, nombre de malades guérissant d'une façon réelle et pour toujours.

En tout cas, l'opération sera pratiquée à froid, non pas immédiatement après la poussée, et l'on ne devra pas oublier que la recherche de l'organe malade peut être infructueuse, tellement les adhérences sont parfois solides ; des opérations incomplètes ont d'ailleurs été suivies de guérison.

Quoi qu'il en soit, les interventions n'ont généralement pas de suites éloignées ; au cas où il y a eu suppuration et drainage, il peut persister, soit une fistule stercorale, soit simplement purulente ; une opération ultérieure y remédiera. Plus souvent, il se forme une éventration résultant du manque de solidité de la cicatrice, lorsque la réunion par première intention n'a pu être obtenue,

---

Cancer de l'intestin.

M. le Dr H. *Lardennois*, de Reims, étudie, dans la *Gaz. des Hôpitaux*, les symptômes et le diagnostic du cancer de l'intestin : nous retiendrons

(1) Robert Sorel (du Havre) : *Archives provinciales de chirurgie*, mai 1889 ; Chirurgie d'urgence, *Normandie médicale*, 1898.

surtout, de cette étude, la partie qui se rapporte au diagnostic.

En dehors de toutes les présomptions qu'apportent les commémoratifs et les renseignements donnés par le malade, les symptômes qui permettent de diagnostiquer un cancer de l'intestin sont :

I. *Les troubles fonctionnels caractéristiques du début de l'obstruction chronique. Crises de coliques paroxystiques, avec périodes de constipation prolongée, coupées de débâcles.*

II. *Signes d'affaiblissement précoce, et d'amaigrissement persistant, en dépit d'un traitement médical bien conduit.*

III. *La perception d'une tumeur, de volume variable et pouvant occuper un siège différent, au cours de divers examens.*

Un autre symptôme très important, mais qui manque souvent, c'est la présence, dans les selles, de melæna.

Il ne faut pas exiger, pour prendre une décision, la réunion de ces différents éléments de certitude. « Au principe stérile de la précocité du diagnostic, il faut substituer celui de la précocité de la laparotomie. » Auparavant, d'ailleurs le clinicien devra s'aider de tous les moyens d'investigation. Il doit faire la critique de tous les symptômes présentés, et établir le diagnosdic différentiel.

Quand il existe surtout des signes de rétrécissement chronique et des coliques, les symptômes que présentent l'entéro-colite, la péritonite tuberculeuse, l'occlusion intestinale par brides, les coliques saturnines, pourraient induire en erreur, mais après un examen attentif, la distinction est facile, il y a des commémoratifs propres et des symptômes spéciaux.

D'autre part les troubles de cachexie précoce peuvent être produits par d'autres affections organiques, mais les maladies du foie, la tuberculose pulmonaire ont leurs signes caractéristiques et leur évolution particulière. Les accidents locaux, les symptômes de subobstruction intestinale font absolument défaut en pareil cas.

Quand on a perçu une tumeur, on n'a pas acquis toute certitude. Il faut rechercher s'il existe des modifications de volume, à la suite d'une débâcle, s'il y a des déplacements lors de différents examens.

Il faut éliminer les tumeurs des autres viscères : les kystes du mésentère, le cancer de l'épiploon, les tumeurs de l'estomac. L'emploi du phonendoscope de Bianchi, peut rendre des services.

Quand la tumeur est certainement intestinale, l'erreur est encore possible. Il faut songer à l'accumulation des scybales durcies, à l'invagination intestinale chronique, au sarcome, qui est rare. C'est surtout au niveau du cæcum que la distinction est difficile avec les différentes affections chroniques de l'intestin, l'appendicite à forme néoplasique, le rétrécissement inflammatoire ou typhlite sous-muqueuse chronique, l'actinomycose du cæcum et surtout la tuberculose iléo-cæcale.

La tuberculose hypertrophique et néoplasique peut siéger sur tout le gros intestin et le rectum. Le plus souvent elle évolue au niveau du cæcum et le diagnostic différentiel n'est pas toujours aisé. Même, pièces en main, il est parfois impossible de se prononcer. Quelquefois la fièvre, des lésions pulmonaires ou pleurales, ou simplement des tares héréditaires, peuvent donner des indications. Benoît conseille de rechercher à plusieurs reprises le bacille de Koch, dans les matières muco-purulentes des selles. Enfin Julliard a utilisé, dans un cas, la réaction à la tuberculine.

Dans les conditions actuelles de l'art chirurgical, nous pensons que le diagnostic probable doit suffire à justifier la laparotomie exploratrice. Cette intervention pourra d'ailleurs devenir le premier temps d'une opération plus active, si elle est jugée possible.

L'arsenic dans l'organisme.

M. le professeur *A. Gautier* a communiqué à l'Académie ses curieuses recherches sur l'arsenic, dans l'organisme humain : il a particulièrement remarqué que l'arsenic existe à l'état complexe dans la glande thyroïde.

La peau, les poils, les cheveux, les cornes des animaux contiennent de l'arsenic ; il en est de même de la glande mammaire, du lait, des os. Quant au cerveau, cela est douteux.

En résumé, voici les organes dans lesquels M. Gautier, par son procédé de recherche, a pu déceler la présence de l'arsenic : ce sont la glande thyroïde, dans laquelle on en trouve constamment ; les mamelles, le cerveau (douteux), le thymus, les poils, les cheveux, les cornes, le lait et les os. Le foie, la rate, les reins, les testicules, la glande pituitaire n'en contiennent pas. Le pancréas n'en contient que des traces infinitésimales ; les muqueuses, l'intestin, le tissu cellulaire, les lymphatiques, les glandes salivaires, la moelle osseuse n'en contiennent pas non plus.

D'où vient cet arsenic ? Comme sources alimentaires, on trouve le navet, les choux, les pommes de terre, les tiges de quelques graminées, le lait et le thymus. Le jaune d'œuf, le poisson n'en contiennent pas.

Au point de vue médico-légal, il ressort de ce fait, des recherches de M. Gautier, que si on trouve de l'arsenic dans l'estomac, dans l'intestin ou dans le foie, c'est qu'il y a été introduit criminellement, puisqu'à l'état physiologique ces organes n'en contiennent pas.

Valeur de l'eau dans les affections gastro-intestinales

Selon le *Medical News*, l'eau n'est pas une panacée universelle et l'application erronée de l'hydrothérapie ne peut que la mettre en discrédit. En ce qui concerne les affections gastro-intestinales, si d'une part l'emploi de l'eau n'est pas aussi généralisé qu'il devrait l'être, d'autre part on y a souvent recours d'une façon irréfléchie et imprudente. (*Médec. contemp.*)

Comme l'eau pure appliquée sur une muqueuse irritée produit une action sédative et calmante, c'est presque instinctivement qu'on s'en sert lors du moindre traumatisme.

Afin de trouver une base scientifique pour les indications de l'eau dans les affections gastro-intestinales, on a procédé à une série d'expériences sur les effets de l'absorption d'une grande quantité d'eau, 2 l. 1/2 environ, par jour. On a noté dans tous les cas une exagération des fonc-

tions des organes excréteurs. Pendant les premiers huit à quinze jours, la quantité d'urine augmente beaucoup ; il y a légère augmentation de l'excrétion de l'urée et diminution relative de l'acide urique par litre ; le poids spécifique de l'urine est diminué et l'urine est pâle. Lorsque, au bout de huit à quinze jours, les fonctions des reins tendent à redevenir normales, l'excès d'eau paraît s'éliminer par les garde-robes, qui deviennent liquides ou normales, si précédemment il y a eu constipation. Quant au sang, si son poids spécifique a été trop élevé avant le début de la cure d'eau, il reste au même point pendant les premiers jours ; plus tard le poids spécifique diminue et tend à devenir normal.

Dans les affections gastro-intestinales, les indications de l'eau en boisson et son mode d'adnistration varient selon chaque cas ; l'auteur les résume ainsi :

Dans la gastrite aiguë, on ordonnera de petits morceaux de glace au début ; plus tard de l'eau à prendre par gorgées ; à la fin une alimentation liquide.

Dans l'hyperacidité avec troubles des fonctions motrices, on prescrira de l'eau en abondance, mais par petites doses réitérées. Dans la constipation habituelle, qui a souvent pour cause une insuffisance de l'eau dans l'organisme, on conseillera l'augmentation de la dose journalière de l'eau.

Enfin, dans les diarrhées et dans la dysenterie, l'eau est d'un secours précieux. Une irrigation à l'eau ordinaire froide dans la dysenterie, sans être désagréable au malade et sans provoquer des nausées, fait dès le début disparaître le ténesme.

Rachitisme et humidité.

M. O. E. *Hagen-Thorn*, dans le *Vratch*, 1899, nº 43 et nº 44, étudie les rapports du rachitisme et de l'humidité relative ; tout d'abord, au point de vue clinique, l'auteur remarque que le rachitisme est beaucoup plus précoce que l'on ne croit. On le fait généralement dater des premières lésions osseuses, qui, elles, n'apparaissent que quand l'enfant commence à s'asseoir ou à marcher. Mais, dès les premiers mois de la vie, on observe une série de troubles, constituant soit la forme initiale, soit la forme fruste de la maladie. La *bronchite rachitique* apparaît sans cause appréciable : la toux n'est jamais ni bien violente ni bien fréquente : elle se montre surtout au réveil ou dans le premier sommeil. Il y a en même temps de la trachéite, et une expectoration muqueuse ; par contre, l'auscultation est négative, le catarrhe dure ainsi des semaines et des mois, sans mûrir. Les *troubles intestinaux* sont la diarrhée et souvent des constipations opiniâtres : les selles sont aqueuses, jaunes, quelquefois verdâtres, grumeleuses et fétides.

Il y a du tympanisme et des coliques. La *rate* est hypertrophiée, le foie généralement normal. Sueurs du côté de la tête et des mains. Eczémas, otites, adénites etc., se développent très facilement chez ces enfants maigres, à peau flétrie. L'insomnie, la tristesse leur est habituelle. Les urines sont abondantes. Le faux croup, les convulsions, l'éruption difficile et tardive des dents complètent la série des maux qui les menacent. Dans la seconde partie, très documentée, de son travail, l'auteur passe en revue l'étiologie admise du rachitisme et la trouve insuffisante : l'alimentation défectueuse a été incriminée notamment par M. Comby et Joukobskyi ; mais les chiffres de Joukobskyi lui-même prouvent que le rachitisme est aussi fréquent chez les sujets nourris au sein que chez ceux qui ne le sont pas. La classe riche de Pétersbourg est presque aussi frappée que la classe ouvrière, dans laquelle la proportion des rachitiques atteindrait 95 p. 100.

Enfin, dans certains districts, l'auteur a vu le rachitisme faire défaut, alors même que les conditions climatériques et hygiéniques semblent détestables. D'une étude géographique, météorologique et physiologique soignée, l'auteur conclut que le rachitisme constitue une véritable endémie, en relation avec l'*humidité relative*. L'humidité relative est le rapport existant entre la quantité de vapeurs existant dans l'air et celle nécessaire pour la saturation. On s'explique ainsi les variations d'une province à l'autre et même d'un quartier à l'autre, les variations saisonnières, le rôle de l'habitat, etc. Les variations hygrométriques auraient pour effet de troubler les échanges organiques par les variations de la perspiration cutanée.

Là où l'humidité relative dépasse 80 p. 100, le rachitisme constitue un état qu'on pourrait à la rigueur appeler physiologique (65 à 95 p. 100 d'enfants atteints : Pétersbourg, Riga, par exemple) ; là où elle n'atteint que 70 ou 80 p. 100, le rachitisme ne se rencontre que chez les sujets particulièrement misérables. Enfin, au-dessous de 70 %, le rachitisme devient exceptionnel.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les wagons-bars et l'alcoolisme d'Etat..

A PROPOS DE LA DISCUSSION DU BUDGET DES TRAVAUX PUBLICS.

On n'a certainement pas oublié les protestations soulevées par l'établissement des *wagons-bars*, véritable cabarets roulants, dans les trains de chemins de fer ; protestations qui firent le tour de la Presse médicale, revêtant le caractère d'un *tolle* général des plus justifiés, lorsqu'à la suite du cri poussé par la *Tribune*, sous le titre : *L'alcoolisme à la vapeur, l'alcoolisme d'Etat*, l'on apprenait que l'Etat lui-même, l'Etat en personne, pratiquait et encourageait, sur ses propres réseaux ferrés, cette prime nouvelle, à laquelle il ne manquait que la gratuité, à l'alcoolisation.

L'occasion vient de se présenter, occasion des plus opportunes, de traiter sérieusement cette question des wagons-bars officiels ; c'est la discussion, à la Chambre, devant le Ministre responsable, du budget des *Travaux publics*. Toujours aux aguets de ce qui peut intéresser et servir cette grande cause d'hygiène sociale et nationale, nous attendions cette occasion avec d'autant plus d'impatience, qu'en suivant les détails de la discussion, nous assistions au spectacle curieux, sans être nouveau dans nos fastes parlementaires, de l'Administration des chemins de fer de l'Etat se distribuant à elle-même,

officiellement, les éloges les plus.... mérit és, sans doute, mais auxquels il manquait, tout au moins, ceux que lui valait la pratique courante et coulante de ses wagons-bars.

Enfin, un homme s'est rencontré, un vrai député, un confrère (cette intervention était trop indiquée, dans la circonstance, pour qu'il n'y ait pas lieu d'être surpris qu'elle ait été unique, au sein des nombreux députés-médecins), M. le docteur CHASSAING, qui a demandé à M. le Ministre des Travaux publics la suppression des wagons-bars, n'ayant pas grand'peine à justifier sa demande. Il n'est pas sans intérêt de reproduire les paroles textuelles de M. Chassaing :

« Messieurs, j'ai une très courte question à poser à M. le Ministre des Travaux publics. Cette questiou, dont le caractère d'intérêt général ne vous échappera pas, se rattache, par un côté, au chapitre du matériel des chemins de fer de l'Etat.

Nous vivons à une époque d'alcoolisme à outrance, et l'alcool sous toutes ses formes nous sollicite. Aussi, tous les esprits généreux, tous les hommes inquiets de l'avenir de la race, soucieux de la santé publique, se liguent-ils contre le fléau. Eh bien ! c'est le moment que choisit une compagnie de chemin de fer, la compagnie de l'Ouest, pour créer sur son réseau des cabarets circulants, appelés wagons-bars, donnant ainsi une proie nouvelle à l'alcoolisme.

Je ne veux pas examiner — j'ai dit que je serais très bref — les conditions dans lesquelles cette compagnie exerce cette industrie. Du reste, je constate qu'elle est la seule et que, notamment, les compagnies du Nord et de l'Est se sont toujours refusées à introduire sur leurs réseaux ces sortes d'assommoirs roulants. (*Très bien !*)

Mais il paraît qu'aujourd'hui M. le Ministre des Travaux publics a donné l'autorisation d'introduire les wagons-bars sur le réseau de l'Etat. Je ne sais pas si la nouvelle est exacte ; j'aime à croire qu'elle ne l'est pas. Je prie M. le Ministre de vouloir bien nous dire que l'Etat ne veut pas se faire le complice de l'empoisonnement progressif du pays et qu'il ne veut pas non plus se faire le pourvoyeur de l'alcoolisme. » (*Très bien ! très bien !*)

M. Pierre BAUDIN s'est empressé d'accueillir la demande avec toute la faveur qu'elle méritait, d'abord par elle-même, et ensuite de la part d'un homme qui proteste, de toute sa voix, contre les habitudes alcooliques... et pour montrer *hic et nunc* son meilleur vouloir officiel, le jeune ministre s'engage à ne pas renouveler le contrat avec les wagons-bars, *lorsque ces contrats seront expirés*... Voici, d'ailleurs, les propres paroles du ministre :

« M. Chassaing me demande de prendre l'engagement de supprimer les wagons-bars sur les lignes de l'Etat. Je sais, en effet, qu'un certain nombre de contrats ont été passés, mais je puis dire que, quant à moi, je ne suis pas du tout disposé à renouveler ces contrats à leur expiration. Quant aux contrats passés par les compagnies, je puis affirmer qu'ils ne seront jamais renouvelés avec mon autorisation. » (*Très bien ! très bien !*)

Or, quand les contrats expireront-ils... ? le ministre ne l'a pas dit ; ce peut être dans dix ans... ! Il coulera, d'ici-là, force alcools et force absinthes... sous les ponts des chemins de fer de l'Etat, sans compter les autres !

Ah ! le bon billet qu'a M. Chassaing !

Et voilà comment les Pouvoirs publics, ou leurs représentants attitrés, s'emploient à combattre l'*alcoolisme*, alors que leur responsabilité se trouve directement, personnellement engagée, comme dans le cas dont il s'agit, et qu'il ne faut pas se lasser de dénoncer, comme une tolérance officielle des plus scandaleuses, des plus coupables... !

Nous nous plaisons à répéter, à ce propos, qu'il s'est rencontré, heureusement, des directeurs de Compagnies de chemin de fer, notamment l'honorable M. BARABANT, de la Compagnie de l'*Est* qui, se faisant une juste idée de l'aggravation que cette innovation est de nature à apporter, des dangers déjà si généralisés dans notre pays, et si dévastateurs, de l'alcoolisme, se sont refusés à leur introduction sur le réseau. La Compagnie du Nord a également suivi ce sulutaire exemple ; si bien que, dans son service solidarisé avec celui de la Compagnie de l'Ouest, dans un certain parcours des environs de Paris, elle répudie toute promiscuité au sujet des wagons-bars, que promène cette dernière.

Mais l'*Etat* tient bon... dans la réalisation et la propagation du nouveau système de l'*alcoolisation à la vapeur*... attendant l'expiration des contrats... et nécessairement aussi, celle d'un plus ou moins grand nombre d'alcoolisés, auxquels il aura contribué, de son mieux, à offrir cette nouvelle et facile occasion de satisfaire leur passion mortelle !

(Extrait de la *Tribune médicale*.)

V. L.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'encombrement médical.

La Mothe-Beuvron, 1er février.

A M. le Dr Duchenne, de Ferrières-en-Gâtinais.

Cher et honoré Confrère,

Votre article du 6 janvier dans le *Concours médical*, m'a beaucoup intéressé, et les mesures que vous proposez, en manière de conclusion, n'ont pas manqué de me séduire par leur simplicité, cependant qu'en les lisant, je me défendais de partager vos idées sur la limitation du nombre des médecins.

Je vous avoue que je suis un de ceux qui considéreraient comme un acte attentatoire à la liberté individuelle, tout projet dont le but serait de limiter par une loi, le nombre des médecins. Pour arriver au même résultat nous devons avoir d'autres moyens ; si nous pouvons l'atteindre sans recourir à une législation spéciale, ce sera pour nous tout bénéfice.

Mais, avant d'aborder l'étude des différents projets réalisables, il faut être bien pénétré des causes qui ont produit cet encombrement. Pour moi, il y a en a une qui a engendré toutes les autres : la situation qui nous est faite est la conséquence forcée de notre régime démocratique ; nous subissons la transformation sociale qui s'opère dans toutes les classes de la société, et cela sans y être préparés. Quand l'Etat, mettant en pratique les principes de liberté et d'égalité, a mis à la portée de tous les citoyens l'instruc-

tion primaire; quand il a exigé de tous également le service militaire. il a commencé notre ruine. La diffusion de l'instruction primaire devait nécessairement porter, vers de plus hautes études, un plus grand nombre de sujets. Peu à peu les portes des facultés se sont ouvertes plus grandes pour laisser passer le flot montant des nouveaux étudiants. Et lorsque, plus tard, la loi militaire, abrogeant le volontariat, accorda une réduction de service à quelques catégories de jeunes gens, la carrière médicale fut, de toutes, celle qui attira le plus les regards des parents et des jeunes gens, parce que alors la médecine avait encore la réputation de procurer, à ceux qui la servaient, l'honneur, la considération, la vie facile.

Voilà les vraies causes de l'encombrement. Je sais bien que pour expliquer les difficultés auxquelles nous sommes en butte, on invoque encore les progrès de l'hygiène, la diminution de la morbidité, la concurrence déloyale des pharmaciens, l'ingéniosité de la réclame.... Or, supposons que les maladies soient moins fréquentes que jadis ; la perte que nous subissons de ce chef est compensée — et largement — par l'augmentation du bien-être qui amène l'individu à se mieux soigner et à faire appeler son médecin plus facilement qu'autrefois. Et puis ce sont là des considérations secondaires, en face desquelles nous sommes plus ou moins désarmés, et dont l'étude sort d'ailleurs du cadre que nous nous sommes tracé.

Donc, nous sommes redevables aux lois sur l'instruction et le service militaire, de la situation fâcheuse qui nous est faite actuellement. Qu'y pouvons-nous ? Faut-il songer à revenir en arrière, et demander l'abrogation de ces lois ? Je crois bien que, dans notre profession, dont tous les membres sont des adeptes fervents de la liberté, cette proposition trouverait peu d'adhérents. Et à supposer que nous l'envisagions comme notre seule espérance, il ne faudrait pas se faire d'illusions sur ses chances de succès.

Faut-il, comme vous le proposez, cher Confrère, recourir aussitôt à l'Etat et lui demander de fixer le nombre maximum de médecins qui seront autorisés à exercer en France ? Tout d'abord, au point de vue du droit, l'Etat peut-il pratiquer cette limitation ? De ce qu'il nous a conféré un diplôme, est-il tenu, comme vous le prétendez, à nous assurer les moyens d'existence que nous avons escomptés, en recherchant le titre ? Autrement dit, quels sont vis-à-vis de nous les devoirs et les droits de l'Etat ? N'oublions pas que le titre de docteur en médecine est un titre purement scientifique, qui ne nous oblige nullement à pratiquer l'art de la médecine. Si l'Etat, poussé par le souci de la conservation de chacun des membres qui composent la collectivité, a créé, en notre faveur, le monopole du droit de soigner — monopole qu'il défend d'ailleurs assez mal ! — nous ne devons pas en conclure qu'il est tenu, envers nous, à une protection assidue. A ce compte, tous les diplômés sortant des Ecoles gouvernementales, polytechnique, centrale, les licenciés, les bacheliers même, seraient autorisés à invoquer la responsabilité de l'Etat, et à lui demander la consécration matérielle de l'obtention du diplôme, sous forme d'un traitement annuel. Nous voici en plein collectivisme, du même coup fonctionnarisés. J'espère que la grande majorité du corps médical français est encore loin de cet idéal.

Et si nous examinons maintenant cette solution dans la pratique, que de difficultés ! Comment fixer le nombre des médecins proportionnellement au nombre d'habitants ? Il y a des régions où on se soigne moins, d'autres où le nombre des malades est plus grand ; ici l'hygiène est meilleure ; ailleurs la population plus disséminée. Autant de facteurs qui rendent impossible la fixation du chiffre des médecins. proportionnellement au nombre d'habitants. Sans compter qu'il faudra du coup imposer, à la clientèle, la confiance obligatoire au médecin qui lui sera octroyé. Fâcheuse conception de la liberté où l'Etat, pour protéger une catégorie de citoyens, est obligé de sacrifier l'intérêt général !

Ce n'est pas au moment où les privilèges des avocats, des notaires et des avoués sont fortement attaqués, que nous devons chercher à en instituer de semblables pour notre profession. Gardons-nous d'aliéner notre liberté, notre indépendance. La moindre parcelle abandonnée, entame notre dignité. Nous avons déjà trop fait en consentant gracieusement des tarifs réduits pour l'assistance médicale ; les administrations nous mettent maintenant le marché à la main, et l'Etat, mis en goût par cette première tentative, veut nous contraindre à appliquer ce tarif réduit, pour les ouvriers auxquels il a besoin de faire un cadeau.

C'est aussi parce que je trouve attentatoire à la liberté, la fixation d'une limite d'âge, que j'écarte cette proposition. La limite d'âge se comprend parfaitement lorsqu'elle est appliquée à des écoles où se recrute un personnel spécial pour des services techniques émanant de l'Etat ou de grandes administrations. Elle a d'ailleurs le concours comme corollaire, mais à moins d'admettre que le médecin ne soit un salarié de l'Etat, qui pourrait dans ce cas lui imposer ces conditions, il est impossible d'exclure du bénéfice de l'examen un candidat, sous prétexte qu'il aura dépassé de deux mois l'âge maximum. Des raisons de santé, des difficultés de toutes sortes, feront toujours que cette mesure aura un caractère arbitraire. Quant au diplôme scientifique, proposé en guise de compensation, et qui ne donnerait pas le droit de pratiquer la médecine, je vois les tribunaux bien désarmés, lorsqu'ils seront appelés à juger un cas d'exercice illégal, appuyé sur cette seule considération que le délinquant était âgé de 21 ans et 6 mois au début de ses études.

L'étude de la médecine doit être ouverte à toutes les intelligences, à quelque âge qu'appartiennent les sujets, mais je me rallie entièrement à votre opinion, mon cher confrère, quand vous demandez le relèvement du niveau des études. Dans une démocratie bien organisée, l'Etat, au lieu de niveler les intelligences, en fauchant tout ce qui émerge, doit consacrer ses efforts à la conservation de catégories d'hommes plus instruits, qui constitueront sa réserve. A ce titre, il a parfaitement le droit de ne délivrer ses diplômes qu'à ceux des candidats parvenus au degré d'instruction qu'il a jugé minimum, et lui seul a le pouvoir de fixer les difficultés des examens. Il faut qu'il trouve là le cadenas destiné à fermer ou à ouvrir l'accès de la carrière médicale, suivant que celle-ci est plus ou moins encombrée.

Est-ce bien là la pratique adoptée ces derniers temps? L'Etat a-t-il efficacement veillé au recrutement des médecins, quand il a fixé un âge maximum, au delà duquel la loi militaire oblige l'étudiant en médecine à achever ses trois années de service. Il est tellement vrai que les Facultés se sont trouvées désarmées devant la situation de certains jeunes gens, qu'on a reculé, récemment encore, la date de l'enrôlement obligatoire, pour éviter de faire perdre à ces candidats le bénéfice des examens passés.

C'est le même laisser aller qui a dicté ce récent décret, aux termes duquel l'accès de notre profession sera permis aux jeunes gens, bacheliers de l'enseignement secondaire moderne, au même titre qu'aux bacheliers de l'enseignement classique. Nous avions là, encore, un frein qui arrêtait momentanément l'envahissement de la carrière; et nous nous imaginions que l'obligation pour le médecin de posséder ses langues mortes, d'avoir lu Tite-Live, Tacite et Sénèque dans les textes, rehaussait son prestige aux yeux du public. L'Etat s'est chargé de nous discréditer un peu plus, sous prétexte de donner plus de valeur à un diplôme qui devait se suffire à lui-même, en donnant déjà accès à des carrières parfaitement honorables.

C'est encore dans le même esprit qu'on a toléré la présence en France de plusieurs milliers d'étrangers, dont les études ont été facilitées par le système des équivalences. Je ne connais pas le nombre exact des médecins, de nationalité étrangère, qui exercent en France, mais on peut l'évaluer sans crainte d'erreur, à plus de deux mille. La plupart de ces jeunes gens s'installent en général de bonne heure, favorisés qu'ils sont par la dispense de tout service militaire. Ils sont à l'affût des situations offertes par les communes, où leur présence vient désagréger les clientèles des confrères voisins. Combien peu se font ensuite naturaliser! Dispensés des périodes militaires de 28 et de 13 jours, ils rencontrent, pour exercer la profession, des facilités qui nous sont inconnues. Faut-il ajouter que trop souvent ils reconnaissent bien mal l'hospitalité que nous avons pratiquée envers eux, et que beaucoup ignorent les premiers principes de déontologie. Vienne une mobilisation; alors que nous serions obligés de partir, leur qualité d'étranger les attacherait au rivage; et à notre retour nous trouverions la place occupée.

Je ne force pas la note. La situation est bien telle que je la peins, et cela dans beaucoup de régions maintenant. Nous devons y porter remède; et c'est là un des principaux sujets que devra discuter la commission chargée de l'étude de l'encombrement. Sans doute, il est bon, pour la renommée de nos facultés de médecine, de favoriser l'admission des étrangers aux cours de nos professeurs, aux cliniques de nos hôpitaux, de les autoriser même à subir nos examens. Nous devons tout faire, pour conserver notre réputation d'hospitalité aux yeux des savants étrangers. Mais là s'arrêtent nos obligations; et quand il s'agit d'intérêts professionnels, nous avons d'abord à protéger nos compatriotes. J'ignore quels devoirs de réciprocité les traités diplomatiques nous imposent, vis-à-vis des étrangers. Mais nous avons un moyen bien simple de restreindre le nombre de ceux qui prétendent à exercer en France: c'est de leur appliquer la loi commune, et d'exiger d'eux, comme des candidats français, le titre de bachelier ès-lettres.

En l'absence de ce grade, que bien peu chercheront à conquérir, il ne saurait exister, pour eux, qu'un diplôme scientifique, qui ne leur donnera aucun droit à la patente. Mais, direz-vous, c'est fait; la circulaire Rambaud en a décidé ainsi.—Sans doute, mais le grand tort du décret Rambaud a été la restriction apportée à son exécution. Il faudra laisser se caser tous les étudiants qui étaient en cours d'études à la date de sa promulgation — et aussi ceux que, par faiblesse, on a admis au même titre depuis cette date. Ce fut une très grande faute que cette clause restrictive. Elle nous a valu, de l'aveu du doyen de la Faculté de médecine, plus de douze cents concurrents nouveaux. Et qu'on ne dise pas que nous étions engagés vis-à-vis d'eux. L'Etat n'est pas plus tenu vis-à-vis des étrangers, qu'envers nous, à garantir les avantages attendus du diplôme.

Aujourd'hui, le mal est fait. Nous pouvons encore y remédier partiellement, en pratiquant vis-à-vis d'eux la loi commune. Il y a quelque part dans le code français, un article qui déclare que nul ne peut être admis à exercer des fonctions publiques, s'il n'est français ou naturalisé français. A la faveur de cet article, nos confrères ont obtenu dans certains départements, à Alger, dans la Sarthe et dans le Loiret, qu'aucun médecin de nationalité étrangère ne fût pourvu d'une fonction rétribuée par les communes, les départements, ou l'Etat. C'est l'exclusion de l'assistance médicale, du service de la protection des enfants assistés, des services hospitaliers, des subventions communales, là où elle existent. Mais, à l'heure actuelle, cette mesure dépend du bon plaisir d'un préfet. Elle sera, dans chaque département, appliquée ou rejetée, selon que le préfet y verra un intérêt ou une difficulté politique. Le décret nécessaire doit partir de plus haut, émaner du ministère et être généralisé à toute la France.

Quant à la naturalisation, je voudrais qu'elle ne fût accordée qu'à ceux qui ont déjà fait acte de citoyen français; et le meilleur gage qu'on puisse demander, c'est l'accomplissement du service militaire, tel qu'il nous est imposé. La naturalisation imposerait le stage militaire actif et les différentes périodes d'instruction que nous avons à accomplir.

Je me suis longuement étendu sur cette question des étrangers, parce que je suis certain qu'elle tient une grande place dans l'étude générale qui nous intéresse. Mais il y a encore d'autres remèdes à apporter pour diminuer l'encombrement. Au point de vue militaire, une solution a été préconisée par le député Astier. L'idée fait son chemin; le nombre d'adhérents qu'elle rencontre devient de plus en plus grand, et la majorité des médecins y viendra si elle n'est pas déjà conquise. Il s'agit d'appliquer aux étudiants en médecine comme à tout le monde le service de trois ans.

Quand, à l'instigation du corps médical, a été votée l'exemption de service en faveur des étudiants, le législateur a eu surtout pour but de ne pas entraver les études médicales, ce qui eût amené un recrutement plus difficile de la profession. Mais, puisque cet amendement a été au

contraire l'une des causes principales de l'encombrement, il faut avoir le courage de reconnaître l'erreur et d'y remédier. Dans quelles limites devra-t-on favoriser le médecin, dont les connaissances spéciales mériteraient d'être utilisées par l'Etat ? Faudra-t-il lui demander d'accomplir, après l'obtention du diplôme, un stage de trois ans dont deux par exemple comme médecin militaire ? Ou bien, comme le demandent certains confrères, n'accorder aucune faveur et placer tous les étudiants dans le rang ? Il est certain que la première solution aurait l'avantage de nous instruire de nos devoirs militaires, et que de cette façon l'armée serait dotée d'une pépinière de jeunes médecins qui lui rendraient de réels services. Mais je ne me reconnais pas la compétence nécessaire pour trancher cette question et je ne fais que l'indiquer.

Enfin, nous pourrions faire encore de la place parmi nous, en obtenant que certaines fonctions administratives, qui sont nées des exigences récentes de l'hygiène et de l'assistance sous diverses formes, soient confiées exclusivement à des médecins, à qui, dans l'espèce, on ne saurait refuser la plus grande compétence. C'est ainsi que, dans chaque département, la direction de l'assistance médicale, des services de la protection, etc... pourraient être attribuées à ces confrères. Il se trouvera toujours parmi nous des sujets moins taillés pour la lutte, plus portés vers la vie tranquille d'une administration, qui seront heureux d'occuper ces fonctions, et se contenteront de la rémunération certaine qu'elles procurent.

En résumé, cher et honoré Confrère, voici les solutions que je proposerais :

1° Augmenter les difficultés des examens, et en cela je ne saurais mieux faire que d'indiquer votre projet, sauf la restriction concernant la limite d'âge.

2° Revenir à l'ancienne pratique qui réservait l'accès des études medicales aux jeunes gens pourvus du diplôme de bachelier ès lettres classiques. Au besoin, augmenter les difficultés de cet examen. Par conséquent, abroger le décret récent, qui doit entrer en vigueur en août prochain.

3° Appliquer aux confrères, de nationalité étrangère, l'article du code qui les exclut des fonctions publiques et ne leur accorder la naturalisation qu'en échange de l'accomplissement intégral de leurs devoirs militaires.

4° Modifier la situation militaire des étudiants en médecine en leur imposant le service de trois ans.

5° Réserver exclusivement pour le médecin certaines fonctions administratives qui sont de sa compétence.

A l'exception du quatrième projet, qui en raison de son caractère égalitaire, serait certainement voté par la Chambre, aucun des autres ne réclame le vote d'une loi spéciale. Il suffit que tous les Syndicats se prononcent sur ces questions et que les propositions, appuyées par le groupe extra-parlementaire de nos confrères, soient présentées au ministre compétent.

Voilà, cher et honoré Confrère, un très long exposé. Je vous prie de m'excuser et vous présente mes meilleurs compliments confraternels.

Dr Hervé.

L'incompatibilité de certaines fonctions médicales avec le mandat de conseiller général.

Notre vigilant et dévoué confrère M. le Dr Armand (d'Albertville) nous fait parvenir le document suivant dont l'intérêt n'échappera pas à nos lecteurs :

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 1899.

Annexe au procès-verbal de la séance du 4 décembre 1899.

PROPOSITION DE LOI

modifiant l'article 10 de la loi du 10 août 1871 et décidant qu'il n'y a pas **incompatibilité** *entre les fonctions de* **conseiller général** *et celles de* **médecin chargé d'une partie du service des épidémies, de la protection des enfants du premier âge et des vaccinations.**

(Renvoyée à la Commission d'administration départementale et communale et de décentralisation administrative.)

Présentée par M. Jouart, député de Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie).

EXPOSÉ DES MOTIFS

Messieurs,

L'article 10 de la loi du 10 août 1871 dit que le mandat de conseiller général est incompatible, dans le département, avec les fonctions d'architecte départemental, d'agent voyer, d'employé de bureau de préfecture ou de sous-préfecture, et généralement de tous les agents salariés ou subventionnés sur les fonds départementaux.

La jurisprudence du Ministère de l'Intérieur et du Conseil d'Etat décide que cette incompatibilité s'étend non seulement au médecin chargé de tous les services départementaux et recevant en cette qualité un véritable traitement, mais encore aux médecins entre lesquels sont répartis, dans la plupart des départements, les services des épidémies, des vaccinations et de la protection des enfants du premier âge et qui touchent, pour chacun de ces services, non un traitement fixe, mais des indemnités très réduites, variant en raison du nombre des visites qui leur sont demandées ou des vaccinations qu'ils ont faites. Ce qui fait qu'un certain nombre de médecins, élus conseillers généraux et dont l'élection était attaquée devant le Conseil d'Etat, pour rester conseillers généraux ont dû renoncer aux honoraires attachés aux services des épidémies, de la protection du premier âge et des vaccinations, et faire gratuitement ces services.

Cette situation, aussi peu digne des départements que des médecins, ne peut se prolonger. On ne peut évidemment établir aucune analogie entre les employés ou salariés du département, visés expressément par l'article 10, qui reçoivent des appointements importants, relatifs à une fonction qui est leur profession même, et le médecin dont la fonction, en la circonstance, constitue un service très restreint relativement à ses occupations professionnelles, et qui reçoit pour ces fonctions des rémunérations très faibles, en regard de la somme de ses honoraires annuels.

Outre qu'il est absolument injuste de traiter les médecins autrement que les notaires, les avoués, les avocats, qu'on n'a jamais pensé à mettre en demeure d'opter entre les honoraires qu'ils reçoivent du département, lorsqu'ils lui prêtent leur ministère et leur mandat de conseillers généraux, les lois postérieures ont eu soin de préciser dans ce sens les incompatibilités, et se sont montrées plus juste envers les médecins. La loi municipale du 5 avril 1884 indique, dans son art. 35, § 10, qu'il ne faut pas entendre par agent salarié ceux qui, étant fonctionnaires publics ou exerçant une profession indépen-

dante, ne reçoivent une indemnité de la commune qu'en raison des services qu'ils lui rendent dans l'exercice de cette profession, disposition évidemment applicable aux médecins chargés des services dont nous parlons. La loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite va plus loin et dit explicitement que les médecins chargés du service de l'assistance médicale gratuite peuvent être conseillers généraux.

Il ne dépend pas de vous de changer la jurisprudence ministérielle, encore moins celle du Conseil d'Etat ; mais il vous est facile d'ajouter, à l'article 10, une disposition qui lui rende son vrai caractère et précise, puisqu'elles sont méconnues, les intentions du législateur. Il est inadmissible en effet que le législateur, qui fait un large appel à la philanthropie médicale, dans l'établissement des tarifs très restreints des services médicaux publics, ne concède en retour à ces généreux praticiens qu'une limitation de leurs droits électoraux. Aussi je vous soumets la proposition de loi suivante modifiant l'article 10 de la loi du 10 août 1871 :

PROPOSITION DE LOI

Article unique.

Le paragraphe suivant est ajouté à l'article 10 de la loi du 10 août 1871 :

. . . .

« Cette incompatibilité ne s'applique pas plus aux médecins auxquels sont confiés, dans leur canton ou dans un canton voisin, les services des épidémies, de la protection des enfants du premier âge et des vaccinations, qu'à ceux chargés de l'assistance médicale gratuite. »

Nous retrouvons, parfaitement condensés dans l'exposé des motifs de cette intéressante proposition de loi, les arguments que nous avons fournis, au nom du *Concours* et du *Sou*, en 1898, à M. le Pr Labbé, quand il accepta de prendre, au Sénat, l'initiative d'une révision de l'article 10 de la loi de 1871 sur les Conseils généraux.

La question va donc se trouver posée, presque simultanément, devant les deux Chambres : souhaitons qu'elles fassent assaut de célérité, pour la résoudre. Le groupe médical parlementaire ne saurait manquer, comme nous le disions au dernier numéro, de pousser à la prompte réalisation de nos désirs. S'il est un cas où l'on puisse, à juste titre, hâter la procédure parlementaire en demandant l'urgence, c'est bien celui-là, car il ne se passe pas une seule semaine, sans élection, dans tel ou tel conseil général, c'est-à-dire sans que la question d'incompatibilité ne puisse être soulevée à l'improviste.

Tous nos remerciements à M. le Dr Armand, pour l'active collaboration qu'il ne cesse de nous donner, publiquement ou avec discrétion, dans un sentiment très juste des nécessités qui s'imposent.

CORRESPONDANCE

Le stage pour les jeunes docteurs.

A M. le Dr Dumas, de Lédignan (Gard).

Monsieur et cher Confrère,

J'ai lu dans le *Concours* votre consciencieux travail. J'y ai trouvé les éléments d'un bon remède au mal que vous signalez courageusement, remède de facile application et qui n'aurait d'autre inconvénient que celui de restreindre un peu la culture intensive des concours ; l'obligation absolue pour tous ceux qui prétendent à l'exercice de l'art de guérir, sur territoire français, de faire un stage d'un an au moins, dans les hôpitaux, après le doctorat, au lieu et place des internes. Les malades de l'assistance publique à domicile, notamment les femmes enceintes, seraient traitées par les stagiaires. On trouvera peut-être que l'idée n'est pas neuve, non plus que vos louables préoccupations. Ce qui est toujours suffisamment neuf, c'est le désir désintéressé de faire bien, et le courage nécessaire pour l'essayer.

Le développement toujours plus grand de l'assistance publique permettrait sans doute dès aujourd'hui la réalisation de cette conception.

Agréer, cher Confrère, etc.

Dr Coutand (Saumur).

N. D. L. R. — En publiant cette lettre nous tenons à faire remarquer que la question qu'elle soulève est encore à envisager pour ceux qui se préoccupent de la lutte contre l'encombrement médical.

BULLETIN DES SYNDICATS

et Sociétés locales.

Syndicat médical de Mortagne et de la Région de Laigle.

Séance du 1er mai 1899, à Mortagne.

Présidence de M. Levassort.

Sont présents : MM. Aury, Chamousset, Garnier, Levassort, Mahé et Szmigielski.

Excusés : MM. Bellier, Butel, Forget, Ragot, Soyer.

Financière médicale.

La discussion s'engage au sujet de la nouvelle création du *Concours médical* « La Financière médicale »

Tous les articles des statuts sont l'objet d'une discussion approfondie de la part des membres présents. Cette discussion et les observations qui sont faites au sujet de certains articles ne présentent aujourd'hui qu'un intérêt relatif, puisque les membres du Syndicat qui ont souscrit des actions, ont adressé individuellement leurs observations au Conseil d'administration, qui a donné tous les éclaircissements désirables.

Le Syndicat de Mortagne adresse ses plus vives félicitations aux administrateurs du *Concours médical* et en particulier à M. Cézilly, son président, pour cette nouvelle preuve de dévouement à la profession.

Assistance médicale.

On continue l'enquête au sujet de l'assistance médicale gratuite.

Il résulte des déclarations de M. Levassort qu'à Mortagne la loi fonctionne depuis le 1er octobre 1897, mais que la liste des indigents n'a pas été revisée depuis cette époque.

M. Levassort fait remarquer que la liste du bureau de bienfaisance ne doit pas être confondue avec celle des indigents. Un ouvrier, père de deux ou trois enfants peut, quand il est sobre et que sa femme est économe, subvenir aux besoins des siens ; mais si la maladie pénètre dans son logis, soit qu'elle atteigne lui, sa femme ou ses enfants, l'équilibre de son budget est détruit, il devient indigent et a droit aux secours fournis par l'assistance médicale et pharmaceutique.

Au bureau de bienfaisance, il y en a cinq cents nés à Mortagne ; l'assistance devrait, en vertu

de ce principe, en compter un plus grand nombre.

A Rémalard ville, le bureau de bienfaisance alloue 100 francs aux deux médecins pour le service des indigents.

A Moulins-la-Marche, la loi fonctionne dans la ville et dans quelques rares communes autour du chef-lieu de canton.

A Tourouvre, c'est le bureau de bienfaisance qui fait les frais de l'assistance.

Le trésorier du Syndicat,
Dr AURY.

—

Séance du 2 octobre 1899, à Laigle.

PRÉSIDENCE DE M. LEVASSORT

Présents : MM. AURY, BOUTEILLER, CHAMOUSSET, FORGET, LEROUX, LEVASSORT.

Excusés : MM. MAHÉ, SCMIGIELSKI, SOYER, BELLIER.

Absents : MM. BUTEL, GARNIER, GUILLAUME, RAGOT.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Election du Bureau.

Ensuite il est procédé à l'élection du bureau. Sont nommés au premier tour de scrutin :

Président :	M. LEVASSORT,
Vice-Président :	M. BOUTEILLER,
Secrétaire :	M. CHAMOUSSET,
Trésorier :	M. AURY.

Conseil de la Mutualité.

M. Levassort rend ensuite compte de son mandat, comme délégué du Syndicat, pour l'élection d'un médecin chargé de représenter les intérêts du corps médical au sein du Conseil supérieur de la Mutualité.

Notre président n'a pas cru devoir s'abstenir, ni envoyer un bulletin blanc, car il estime qu'il vaut mieux affirmer son droit que de se tenir à l'écart ; en conséquence, il a voté au premier tour pour M. Cézilly qui n'était pas candidat et au deuxième tour pour M. Lande, de Bordeaux.

Médecins étrangers.

Au sujet des médecins étrangers, M. Levassort ajoute : on s'est ému de différents côtés de les voir s'installer en bien des endroits où se trouve un poste vacant ou à créer.

En Eure-et-Loir, la société locale de l'Association générale des médecins de France s'est occupée de la question et l'a résolue en décidant à l'unanimité, qu'on ne recevrait dans la société locale que les médecins reçus docteurs en médecine dans une Faculté française et naturalisés.

Dans l'Orne, la société locale a, sur la proposition du Dr Chamousset, demandé aux pouvoirs publics que des médecins étrangers ne remplissant pas ces deux conditions, d'être docteurs en médecine d'une Faculté française et naturalisés français, soient exclus des services publics.

Nous vous demandons d'émettre un vœu semblable que nous transmettrons à la Préfecture. (Adopté à l'unanimité.)

Pour ce qui regarde la révision des statuts du Syndicat et du code de déontologie médicale, ces projets seront élaborés par le bureau qui les soumettra à la prochaine assemblée qui se tiendra à Mortagne au mois de mai 1900.

Projet Peytral d'impôt sur le revenu.

M. Aury demande ensuite à faire quelques observations au sujet de l'impôt sur le revenu, pour démontrer en quoi il intéresse surtout la profession médicale. Notre confrère s'élève vigoureusement contre ce projet, qui, d'ailleurs, semble un peu oublié aujourd'hui, et ne reparaîtra que sous une autre forme.

Au sujet du service de l'assistance médicale, M. Forget dit qu'il n'a pas encore reçu satisfaction, que ses deux lettres à M. le Préfet sont restées sans réponse.

M. Levassort lui conseille d'écrire au ministre lui-même.

Le trésorier, Dr AURY.

REPORTAGE MEDICAL

Le logement des médecins congressistes à Paris. — Le Comité d'exécution du Congrès international de Médecine a dû se préoccuper de l'importante question du logement de ses hôtes au mois d'août prochain.

Le recteur de l'Académie de Paris a mis à sa disposition 800 lits dans les différents lycées de la capitale pour la semaine du Congrès. On espère pouvoir en ajouter encore 200, ce qui fera un total de 1.000 lits.

Le prix de chaque lit est fixé à 5 fr. 50 par jour, y compris le petit déjeuner du matin.

Les lits seront, il est vrai, en dortoirs et non dans des chambres séparées. Cela sera peut-être gênant pour ceux des congressistes que n'attirent pas seulement à Paris les charmes des discussions scientifiques. Mais ceux-là trouveront facilement ailleurs une hospitalité moins spartiate et — moins *écossaise* ! aussi. (*Med. mod.*)

Pas si écossaise que ça, cher confrère : 5 fr. 50 par nuit pour coucher pêle-mêle dans une chambrée de caserne et en plein mois d'août ! Ah ! non. Cette hospitalité, plus spartiate qu'écossaise, serait largement payée 40 sols par nuit, y compris le petit déjeuner du matin.

5 fr. 50 par nuit ! nous n'en revenons pas. Mais c'est le prix qu'on paiera dans beaucoup d'hôtels pour avoir une chambre à soi. Avec un pareil tarif, il ne restera qu'une ressource aux médecins congressistes économes ou *décavés* : ce sera de coucher à la belle étoile... ou sous les ponts.

Nous ne pouvons que nous associer aux judicieuses réflexions du *Journal de médecine de Bordeaux* auquel nous empruntons cet écho.

Les bouillabaisses thérapeutiques. — En prenant la présidence de la Société de thérapeutique, M. Huchard vient de s'élever avec sagesse contre l'abus de ces formules où, sans rime ni raison, on rapproche les médicaments les plus divers. Il est possible que malades et public soient saisis d'admiration par ces listes fantastiques, mais il est probable que la guérison en est plutôt retardée, et rien ne dit que, parfois, elles ne font pas courir de graves dangers. Ce serait déjà si beau d'être bien fixé sur l'action d'un seul médicament !

Une triste affaire. — Le tribunal correctionnel de Liége vient de condamner à 200 francs d'amende et à la publication du jugement par voie d'affiches (dont le nombre a été fixé à 40) un médecin d'une commune de cette province qui s'est rendu coupable de diffamation à l'égard d'un de ses confrères.

Il l'avait accusé, de divers côtés, d'avoir amené la mort d'un enfant en lui prescrivant de trop fortes doses de calomel.

Le jugement déclare que le médecin a parfaitement soigné le petit malade et ne peut être l'objet d'aucun soupçon à l'occasion de son décès.

(*Revue médicale belge.*)

Institut national antituberculeux. — M. Fleury-Ravarin, député du Rhône, vient de déposer sur le bureau de la Chambre une proposition de loi tendant à créer un institut national antituberculeux, ayant pour objet l'étude de la prophylaxie de la tuberculose et la recherche expérimentale des moyens de la guérir.

La Société lyonnaise de tuberculeux indigents prendrait à sa charge les frais de construction de l'Institut qui serait annexé au sanatorium d'Hauterive ; l'Etat s'associerait à cette œuvre en donnant au nouvel établissement le titre de « national » et en lui attribuant une subvention annuelle de 15.000 francs.

Service sanitaire de l'armée anglaise. — Les journaux médicaux anglais constatent avec regret que 25 candidats seulement se sont présentés pour les 30 postes à pourvoir actuellement dans le service sanitaire de l'armée. Encore ces 30 places représentent-elles un minimum, car le service sanitaire est en ce moment au-dessous de l'effectif qu'il devrait avoir rien qu'en temps de paix.

Décidément le thermomètre de l'enthousiasme militaire semble, chez nos voisins, descendu bien au-dessous de zéro, sans doute sous l'influence des douches qu'il a reçues dans l'Afrique du Sud.

Et pourtant l'Angleterre compte plus de trente mille médecins, dont beaucoup ont peine à vivre.

Ce qu'un étudiant coûte à l'Etat en France. — Le *Lyon Médical* a calculé quel est le prix d'entretien d'un étudiant dans les universités françaises. Les 15 universités de Paris et de province ont une population scolaire de 27.080 étudiants, dont 14.057 pour Paris. Elles dépensent par an 13.859,500 francs. L'instruction de chaque étudiant coûte donc 511 francs par an en moyenne. Dans ces dépenses, les revenus universitaires interviennent pour la somme de 2.093.700 francs : les legs, donations, subventions diverses s'élèvent à une somme globale de 1.511.600 francs. L'Etat paye le reste, soit 10.524.000 ou 378 francs par étudiant.

L'Université de Lyon, pour sa part, dépense 1.310.660 francs ; sa population scolaire étant de 2.335 étudiants, l'instruction de chaque étudiant coûte 561 francs. Les revenus universitaires entrent dans cette dépense pour 209 460 francs, soit moins de 109 francs par étudiant ; le reste est fourni par l'Etat.

Bibliographie. — Vient de paraître, 4, rue Antoine-Dubois, Paris :

Manuel pratique d'hygiène, du Dr J. Constantin Gauthier, de Marseille, membre du Concours médical.

Tous ceux de nos confrères qui, dans les Conseils municipaux de nos petites communes, ou par la voie de conférences scolaires, cherchent à vulgariser l'hygiène, à la développer sans effrayer par des mesures tyranniques, et sans grever les budgets, liront avec le plus grand fruit, ces pages sans prétentions où sont accumulées les notions précises sur ce qu'il convient d'obtenir, à peu de frais, pour protéger la santé publique.

Arrestation d'un directeur de Société d'assurances. — A la suite d'une perquisition opérée par M. Roy, commissaire aux délégations judiciaires, sur mandat de M. Lemercier, juge d'instruction, à la Société Générale d'assurances agricoles et industrielles, 3 et 5, rue Grétry, le directeur de cette société, M. Campi a été arrêté et écroué au Dépôt.

Nos lecteurs s'étonneront sans doute de nous voir reproduire ce fait divers cueilli dans la grande presse. Nous leur devons donc une explication, et la voici.

La Compagnie dont il s'agit ici est celle qui n'acceptait le concours des médecins, pour soigner ses blessés, qu'après enquête sur leurs *relations* et leur *réputation* !!! (Voir Propos du jour du n° 42 du *Concours médical* 1899.) Toujours l'histoire de la paille et de la poutre !

Association de la Presse Médicale Française

Réunion du Vendredi 2 février 1900.

Le vendredi 2 février 1900, a eu lieu la 1re réunion de 1900 de l'Association de la Presse Médicale, au restaurant Marguery ; sous la présidence de M. Laborde, syndic. — 24 personnes assistaient à cette réunion.

I. — Nominations. — 1° *Membres Honoraires.* : Ont été nommés Membres Honoraires de l'Association : M. le Dr Chevallereau (Paris), ancien directeur de la *France Médicale* ; M. le Dr Richelot, ancien directeur de *l'Union Médicale* ; M. le Dr Duplay, ancien directeur des *Archives générales de médecine.*

2° *Membres Titulaires.* — Ont été élus Membres Titulaires : M. le Dr Louis Guinon, rédacteur en chef de la *Revue des maladies de l'Enfance* en remplacement de M. de Saint-Germain, décédé ; M. le Dr Moulonguet, rédacteur des *Archives provinciales de Chirurgie*, M. le Dr M. Baudoin représentant désormais la *Gazette médicale de Paris* ; M. le Dr Prieur, rédacteur en chef de la *France Médicale* en remplacement de M. Chevallereau, nommé membre honoraire.

II. — Candidature. — Un rapporteur a été nommé pour la candidature de M. le Dr E. Vidal, rédacteur en chef des *Archives de Thérapeutique* (Paris).

III. — Membres honoraires. — L'Association a voté, à l'unanimité, l'article suivant nouveau des Statuts : « Tous les fondateurs de l'Association peuvent demander à être nommés membres honoraires ».

IV. — Annuaire de l'Association. — Il sera distribué à la prochaine réunion ; il ne contiendra aucun cliché.

V. — Exposition de 1900. — De nouvelles démarches vont être faites, en ce qui concerne les carte d'entrée à l'Exposition de 1900.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4461. — M. le docteur Ricquebourg, d'Anizy-le-Château (Aisne), membre de l'Association des médecins de l'Aisne.

N° 4462. — M. le docteur de Lafont, de Jumilhac-le-Grand (Dordogne), membre de l'Association des médecins de l'Ariège.

N° 4463. — M. le docteur Laurent, de Vitrey (Haute-Saône), membre du Syndicat de la Haute-Saône.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Bonnet, de Marseille-Saint-Henri (Bouches-du-Rhône), membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 8 24 FÉVRIER 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE]

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le Sanatorium parisien pour les petites bourses.

L'assemblée générale du « Concours médical » votait, il y a quatre ans, après une communication de M. le Dr Jeanne, l'ordre du jour suivant, présenté par M. le Dr Bellencontre :

« *Il est licite pour les médecins de se constituer en Société, aux fins de fonder et d'exploiter, avec leurs ressources personnelles, des sanatoriums, et autres établissements médicaux spéciaux.* »

Au dire de quelques-uns, c'était là une atteinte à la déontologie : pour d'autres, la question n'était pas mûre ; certains, enfin, sans blâmer cette conclusion, firent le silence autour d'elle, ou détournèrent les idées vers la protection nécessaire des stations climatériques, où l'on soigne la tuberculose, etc.

Bref, accueil plutôt tiède, chez ceux qui n'avaient pas entendu l'exposé. Suivant l'habitude qui nous est chère, nous n'en fûmes pas découragés. Nous n'avions pas besoin des deux congrès spéciaux des années suivantes, qui ne nous ont rien appris de nouveau, pour savoir que la création des sanatoriums pour tuberculeux s'imposait d'une façon irrésistible. Et la campagne fut, par nous, activement continuée, avec des résultats tangibles.

L'initiative personnelle de nos sociétaires nous permettait de signaler, dès 1898, la création des sanatoriums de Aas (Eaux-Bonnes), dirigé par le Dr Portes, d'Aubrac (Dr Saunal), de Trezpoë près Pau, dirigé par le Dr Crouzet, de Birmandreis-Alger (Dr Verhaeren), de Meung-sur-Loire dans le Loiret (Dr Leriche) ; et, aussitôt, nous patronnions, de notre mieux, ces entreprises, en les faisant connaître à nos lecteurs.

A ceux qui en étaient encore à la période des projets, des devis et des plans, nous disions : « Groupez vos ressources et vos efforts, si vous voulez faire un peu grand, mais évitez le plus possible de vous mettre, pieds et poings liés, dans les griffes des financiers, car l'œuvre est d'essence médicale. »

C'est donc avec un vif plaisir que fut accueillie, à notre Assemblée générale de 1898, la nouvelle apportée par M. Le Gendre, que le monde médical officiel, enfin convaincu par les Congrès, entrait dans le mouvement nécessaire.

Le *Comité médical d'initiative* qui se constituait alors, nous trouva tout disposés à marcher avec lui, (ou après lui, car il faut encore, parfois, en vue du succès, s'incliner devant les petites routines hiérarchiques), et acquis d'avance aux actes de propagande qu'il voudrait bien nous demander.

Or, après des études approfondies et des tâtonnements que nous avions connus nous-mêmes, le Comité vient d'aborder courageusement la solution que, dès 1896, nous avions jugée la seule pratique.

Il constitue une *Société anonyme des Sanatoriums pour tuberculeux adultes de Paris*, dont les fondateurs, sous la présidence du vénéré Pr Potain, nous convient à souscrire les 3,000 actions de cent francs. On groupera plus tard les résultats, car Lyon, Rouen, Le Havre, Bordeaux, etc., en ont déjà obtenu.

C'est là un appel, auquel nous n'hésitons pas à répondre, en mettant notre nom à côté de ceux mêmes des confrères qui s'étaient un peu insurgés contre notre hardiesse de 1896. Et, ce faisant, nous avons médiocrement cure des bénéfices plus ou moins aléatoires ou lointains que réserve l'entreprise, car, comme nous le disions alors, nous ne voyons là qu'une œuvre sociale à accomplir, une tâche vraiment médicale à mener à bien, et que nous sommes fiers d'avoir signalée et pressentie, des premiers, comme il appartenait au « Concours médical » de le faire.

La Société nous dit :

« Le sanatorium recevra les tuberculeux pau-« vres soit gratuitement, soit moyennant une ré-« tribution assurée par les institutions de bien-« faisance, caisses de malades, sociétés de se-« cours, etc., etc.

« Quant aux malades qui ne sont pas absolu-« ment dénués de ressources, ils pourront éga-« lement y être admis en payant les frais de sé-« jour. Les sociétés industrielles et commercia-« les, les administrations publiques ou privées « auront la faculté d'y placer leurs employés « dans les mêmes conditions. Les bénéfices pou-« vant résulter de ce fonctionnement, seront, « jusqu'à ce qu'un chiffre égal au capital initial « ait été atteint, versés tout entier, en réserves, « pour permettre le plein développement de l'œu-« vre entreprise et aider à son perfectionnement. « (Art. 43 des statuts.) »

C'est bien là ce que nous rêvions : *le sanatorium pour les petites bourses.*

M. le Dr Sersiron, 46, avenue du Trocadéro, membre du Concours médical, est le Secrétaire général du *Comité fondateur* que préside M. le Pr Potain.

Nous souhaitons hautement, pour l'émission d'actions de cent francs, le succès obtenu par la « *Financière médicale* », car, ici encore, nous ne séparons pas l'intérêt professionnel de l'intérêt général, et nous poussons à un progrès social nécessaire.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le sérum artificiel.

A propos de notre dernier article sur le sérum artificiel, M. le Dr *Constantin Gauthier*, chargé de cours à l'Ecole de Marseille, nous soumet diverses réflexions que nous reproduisons ici :

« J'emploie systématiquement, nous dit-il, le sérum artificiel dans la pneumonie grippale dès l'apparition du souffle, dès l'établissement du diagnostic. Or, depuis que j'agis ainsi, je rencontre plus de pneumonies abortives ; et — peut-être y a-t-il simple jeu de séries, coïncidence — j'ai vu toujours guérir les malades ainsi injectés au début. Par contre, à une période plus tardive, quand le rein faiblit, les injections, surtout copieuses paraissent plutôt nuisibles.

Chez l'enfant, dans la grippe grave, je n'ai presque jamais vu la défervescence manquer de se dessiner, dès la première ou deuxième injection.

Toujours chez l'enfant, j'ai vu ce traitement réussir très bien dans la rougeole avec hyperthermie, convulsions et coma, et aussi dans une scarlatine de longue durée fébrile (cas observés avec les Drs Mangin et Gustave Raynaud, de Marseille).

Comme le dernier de ces médecins l'a fait d'ailleurs sur une très vaste échelle à Bourbon, j'emploie volontiers le sérum dans le paludisme, mais, à doses plutôt réfractées. Et si, comme la majorité des praticiens, j'en use bien exceptionnellement dans la tuberculose aiguë, c'est assez.

FEUILLETON

La chirurgie au village.

Jadis le bistouri et la pince à forcipressure étaient l'apanage, presque exclusif, de quelques virtuoses de la profession, remarquables par leur science, leur jugement et leur habileté. Les immortelles découvertes de Pasteur ont renvoyé, aux vieilles lunes, les infections purulentes et toutes les pourritures qui, trop souvent, empoisonnaient le malade le mieux et le plus brillamment opéré. Elles ont immensément élargi le domaine de la chirurgie et donné à l'opérateur, confiant désormais dans son audace, une sécurité jusqu'alors inconnue. L'antisepsie a donné du nerf aux moins habiles et le chloroforme a rendu moins indispensables, la promptitude et la dextérité.

L'horizon de la chirurgie parut, dès lors, illimité. Il n'y eut plus un étudiant, depuis le brillant interne jusqu'au modeste bénévole, qui n'escomptât l'éblouissante réputation promptement acquise, grâce à une opération non encore tentée et réussie, cela va sans dire.

Le mirage du coupé de pur style, attelé de deux irréprochables chevaux, conduits par un émule de Monjarret, troubla, d'une façon délicieuse, les nuits et les parties de manille, parfois somnolentes, de nos jeunes affranchis du lycée. C'est si doux et si humain de rêver la fortune, alors qu'on est dans la prime jeunesse, et d'en prévoir la jouissance avant la mort des passions et la chute des cheveux.

Les amphithéâtres de chirurgie regorgèrent de spectateurs férus d'ambition, avides, presque jaloux du bistouri merveilleusement tenu par le Maître. Les agrégés, dans cette branche si fructueuse de la médecine, devinrent légion. Après avoir envahi la capitale, ils durent émigrer dans nos principales villes. En raison du nombre toujours plus grand des opérateurs, les malades se firent plus rares et, pour leur éviter un long et onéreux voyage, nos chirurgiens, frais émoulus de l'Ecole, laissant toute morgue de côté, s'en furent les trouver chez eux.

Nous eûmes ainsi des Maîtres de second ordre, des provinciaux, soit dit sans mauvaise pensée, qui absorbèrent chacun une région et, par ainsi, firent le vide, sans honte et sans pudeur, autour de la Grande Ville, c'est-à-dire, autour de leurs anciens chefs.

Les villes de province acquirent, de ce fait, une célébrité jusque-là inconnue pour elles. Pendant quelque dix ans, elles servirent d'exutoire à nos Facultés atteintes de pléthore, maladie rare à notre époque. Le titre d'agrégé, long et difficile à acquérir, parut moins indispensable. On le remplaça par des médailles, des palmes, des rosettes multicolores, facilement acquises. On se fit inscrire dans une foule de sociétés, aux travaux ignorés, et nos Maîtres de la Province reçurent le grade enviable et sonnant bien, de Correspondants de ces petites chapelles.

Et enfin, ces bonnes villes, elles-mêmes, il fallut les abandonner et se résigner, sous peine de mourir de faim, à émigrer dans nos tout petits et combien modestes chefs-lieux de canton.

volontiers que j'y aurais recours dans la dothiénentérie, si la balnéation était insuffisante. »

Nous regrettons de ne pas partager l'opinion de notre distingué confrère ; mais, nous persistons, preuves en mains, à déconseiller l'emploi du sérum artificiel en pleine maladie fébrile. Dans la pneumonie, les succès obtenus par M. le Dr Gauthier sont loin d'être probants ; les séries sont si capricieuses ! La pneumonie guérit par tous les moyens possibles, à moins qu'elle ne se termine par la mort !!! Les uns la guérissent, disent-ils, par l'alcool à forte dose ; les autres, par la digitale ; d'autres, par les enveloppements froids ; d'autres enfin, par la saignée !!! Il y en a qui se contentent de la diète lactée et qui ne comptent que des succès. — En ce qui concerne la rougeole et la scarlatine, nous nous permettrons de faire les mêmes objections ; le sérum ne ferait peut-être pas de mal, et encore ??? mais, nous craignons qu'il n'ait aucune action modificatrice, tant que la fièvre existe. En tout cas, nous ne le conseillons pas à M. le Dr Gauthier dans la dothiénentérie ; il pourrait le regretter.

En d'autres termes, gardons-nous de considérer le sérum artificiel comme une panacée. Il faut se méfier de ces tendances généralisatrices. Le sérum est un tonique puissant qui remonte les malades sans ressort, c'est un précieux antidote de tous les poisons du sang ; mais ne lui cherchons pas d'autres mérites, ce serait le noyer dans le discrédit.

L'électrisation cérébrale.

D'après MM. *François Franck* et *Mendelssohn*, les *effets thérapeutiques* de la galvanisation cérébrale sont très discutables sinon nuls. Par contre, cette méthode présente de nombreux inconvénients et même un danger réel. On ne sait ni diriger le courant exactement vers l'endroit malade, ni limiter son action à la partie lésée, sans toucher aux parties saines ; on ignore également l'intensité exacte nécessaire pour produire un effet thérapeutique donné. Tout ceci enlève tout caractère de précision à la galvanisation crânienne comme méthode électro-thérapeutique et rend son application non seulement incertaine mais dangereuse.

Vu l'insuffisance de ses indications thérapeutiques et les inconvénients de son application, la galvanisation cérébrale doit être abandonnée dans le traitement de toutes les affections organiques du cerveau et dans toutes les névroses fonctionnelles où l'excitabilité du cerveau est atteinte. Elle est absolument contre-indiquée dans l'épilepsie. Son champ d'action peut se borner, tout au plus, au traitement de certaines névroses où il serait utile de produire un effet de suggestion, celle-ci étant particulièrement favorisée par l'application du courant sur la tête.

L'électrisation du cerveau mis à nu, dans un but d'exploration diagnostique, ne présente aucune utilité pratique, tout en présentant un certain danger, au point de vue des convulsions épileptiformes, qui peuvent se produire à la suite de l'action excitante du courant, ceci étant vrai surtout des courants galvaniques interrompus et tout particulièrement des courants faradiques.

L'électrisation directe du cerveau dans un but de recherches, présente les mêmes inconvénients et n'est pas justifiée par l'importance des résultats obtenus. Quel que soit du reste le but poursuivi — explorations séméiologiques, ou recherches physiologiques — l'électrisation directe du cerveau doit être considérée comme un procédé inutile, dangereux même, et ne doit être jamais appliquée.

Grand fut l'ahurissement des indigènes de nos campagnes, lorsqu'ils virent arriver pour les soigner et, surtout. pour les opérer un ancien interne des hôpitaux. Les bourgeois ne se tinrent pas d'aise. Les bourgeoises furent ravies d'avoir enfin un homme qui saurait les débarrasser de leurs ovaires dangereux, de leurs trompes inutiles, qui saurait écouvillonner leur utérus toujours suintant et tamponner le coryza chronique de leur vagin.

Ces maîtres du bistouri, habitués à commander un bataillon d'externes et un troupeau de moutons bénévoles, traitèrent leurs clients d'une façon insolite pour eux. Il ne leur fut plus permis de guérir d'un furoncle ou d'un panaris sans une note interminable, autant qu'onéreuse, des antiseptiques les plus réputés. Le moindre mal, la plus petite exostose, la plus légère loupe, exigèrent des interventions toujours graves et périlleuses.

Le vieux médecin de jadis, rhumatisant ou goutteux, mais pas encore défunt, fut traité, sans le moindre respect, de vieille baderne. Sa trousse lui devint inutile : le casuel se fit de plus en plus rare et il ne dut bientôt plus compter que sur les anciens et entêtés clients, réfractaires à toutes les nouveautés.

La plupart des praticiens, non encore endurcis, papillonnèrent autour du jeune maître. Ils flairèrent le vent, sentirent le danger et devinrent les humbles serviteurs de cette nouvelle Eminence grise. Ils aliénèrent leur belle et noble indépendance pour reprendre le carcan de jadis.

Chaque fois qu'une opération imminente, inévitable, se présenta dans leur clientèle, ils en eurent la terreur ; leur main fut moins habile et leur pusillanimité leur amena des échecs. Comme le *Deus ex machinâ*, le confrère sut se présenter et leur rendre service en temps opportun. De plantureux déjeuners, de fréquentes agapes et un service de rabattage bien organisé, prouvèrent à l'ex-interne qu'il n'avait pas semé dans une terre ingrate.

Ce fut la lune rousse pour les modestes praticiens, la lune de miel pour les virtuoses du bistouri. Parmi les premiers, la plupart moururent dans l'impénitence finale, réfractaires à la fructueuse phobie microbicide. Les services rendus, les notes non réclamées, ne purent empêcher le vide de se faire et le vieillard d'exhaler son dernier soupir dans la solitude.

Et aujourd'hui, nos illustres internes encombrent nos bourgades. Ils taillent et coupent sans arrêt, fixent la valeur de leurs honoraires avant toute intervention. Le paysan emprunte ou vend un lopin de terre, pour désintéresser son nouveau roi, pendant que la vieille créance du praticien, à cheveux blancs, reste toujours impayée.

Parfois le paysan, ainsi dépouillé, se venge de son opérateur pas toujours heureux. Alors, dans son langage expressif et énergique, il le qualifie de bourreau, de boucher, voire même de charcutier. Mais ces récriminations rétrospectives ne lui rendent pas sa monnaie, pas plus, qu'au vieux médecin, sa réputation et sa clientèle.

Le Huron.

L'arthritisme et la pharyngite granuleuse.

La pharyngite granuleuse, dit M. le Dr *Marage*, dans une communication à l'Académie, est une affection qui récidive souvent après le traitement. Quelle que soit la méthode que l'on ait employée pour modifier la muqueuse, il arrive que six mois ou un an après, la toux recommence, accompagnée ou non de petits crachats grisâtres, le timbre de voix se modifie, la muqueuse est congestionnée, les varicosités apparaissent sur la paroi postérieure du pharynx et parfois les crachats sont sanguinolents. L'analyse complète de l'urine explique immédiatement ces récidives.

En effet, les malades présentent tous une hyperacidité souvent considérable ; si on prend le rapport à la normale, représentée par 100, on obtient des nombres qui varient entre 200 et 450. Les autres éléments sont toujours en diminution ; le chlore seul, dans certains cas, est supérieur à la normale et tend à augmenter. En somme, on se trouve en présence d'une diathèse par hyperacidité organique, et la pharyngite n'est qu'une manifestation locale d'un état général : l'arthritisme.

La pharyngite se produit parce qu'il y a diminution générale des sécrétions muqueuses par suite de leur acidité ; la mucine, précipitée par cette acidité, obture les follicules muqueux, ce qui les empêche de fonctionner.

Il s'en suit également que la sécrétion gastrique est modifiée ; il y a augmentation de l'acidité du suc gastrique et par suite augmentation de l'appétit ; aussi les malades refusent-ils énergiquement de changer leur régime alimentaire, d'autant plus qu'ils digèrent bien et avec plaisir, jusqu'au jour où apparaîtra une dyspepsie qui sera, comme le tracé permet de le prévoir, hypochlorydrique et catarrhale.

La première indication thérapeutique est de diminuer l'hyperacidité, soit directement, soit par l'hygiène ; mais, la plupart du temps, il est impossible d'obtenir des malades un changement de leurs habitudes : j'en ai donné plus haut la raison.

Heureusement, la vieille pharmacopée nous fournit un certain nombre de médicaments qui, quoique assez mal déterminés au point de vue chimique, ont l'immense avantage d'être bien tolérés par l'estomac. Ce sont les substances qui activent la fonction des reins et les sécrétions des glandes de la peau, tels que le borax, le nitrate de potasse, le jaborandi.

On doit les administrer à dose faible et autant que possible sous forme de pastilles, de manière à obtenir un effet local en même temps qu'une action générale.

On n'a plus alors à craindre les récidives si tenaces de la pharyngite granuleuse, et le traitement local, qui a dû être fait d'abord, conserve toute son efficacité.

L'hérédo-syphilis.

Dans une remarquable clinique, M. le professeur *Pinard* insiste sur la nécessité de traiter l'hérédo-syphilis. « Il faut, dit-il, absolument imposer le traitement à tous les syphilitiques capables de procréer. Malheureusement étant donné l'état barbare de notre société ; étant donné que cette chose qui domine la vie de l'homme et de la femme, l'enfant, est neuf cent quatre-vingt-dix-neuf fois sur mille, l'effet du hasard, cette assertion n'a pas actuellement l'importance qu'elle devrait avoir. On peut cependant espérer que, dans une société, dont le niveau moral sera sensiblement plus élevé que le nôtre, l'homme et la femme sauront et comprendront qu'il faut une préparation pour avoir un enfant, qu'on soit syphilitique ou non. En attendant, le rôle du médecin est tout tracé; c'est lui qui doit diriger et éduquer notre société. Quand il sait que, dans un ménage, la syphilis existe, il doit procéder de la façon suivante :

Le père est syphilitique, c'est très facile. Pendant six mois, pas de procréation et un traitement, toujours le même, qui a fait ses preuves depuis nombre d'années, l'iodhydrargyrate de potasse administré de la façon suivante :

Iodure de potassium	10 grammes.
Biiodure de mercure.......	0,10 centigr.
Eau........................	250 grammes.
Eau distillée de menthe....	50 grammes.

Deux cuillerées à soupe par jour, pendant six mois.

Lorsque vous aurez affaire à des malades aisés, vous prescrirez, comme véhicule, un sirop, le sirop de menthe par exemple.

La mère est syphilitique. Si elle a contracté la syphilis, le sachant, le traitement est facile à prescrire. Si, au contraire, elle est devenue syphilitique du fait de son mari et qu'elle l'ignore, le terrain devient glissant et cependant, pendant toute la grossesse, que la femme soit syphilitique ou que sans l'être elle ait engendré du fait d'un syphilitique, elle doit être soumise au traitement. Comment allez-vous vous y prendre pour prescrire le traitement spécifique, sans éveiller les soupçons de la femme et de son entourage ? Prenez garde de laisser échapper un mot imprudent ! Cette jeune femme a sans doute déjà fait un ou deux avortements, la belle-mère regarde son gendre d'un œil rien moins que satisfait; le moindre mot, la moindre prescription imprudente pourrait transformer les soupçons en certitudes. Dites à tout le monde : « Madame est fatiguée, sa santé n'est pas très brillante; il faut la préparer aux fatigues de l'accouchement et de l'allaitement : Je suis d'avis de lui faire prendre un sirop au protoiodure de fer. C'est une préparation assez difficile à exécuter et j'ai besoin de faire certaines recommandations à votre pharmacien. Donnez-moi son adresse, je passerai chez lui ». Dans la journée, vous allez trouver le pharmacien, vous lui donnez la formule de la solution d'iodhydrargyrate de potasse et vous le priez de mettre sur la bouteille une étiquette portant : Sirop tonique à l'iodure de fer. Votre cliente en prendra chaque jour une cuillerée à soupe au milieu du déjeuner et du dîner, pendant toute sa grossesse et vous ne serez pas étonné de voir naître le *gros enfant*. Lors des grossesses ultérieures, ne comptez pas sur l'action du temps pour atténuer la syphilis, recommencez le traitement et vous aurez contribué à faire disparaître l'influence d'une infection qui décime actuellement la société.

Traitement de l'érysipèle de la face.

Jusqu'à ces dernières années, dit M. le Pr *Dieulafoy*, dans une récente clinique, le traite-

ment de l'érysipèle était absolument empirique et, il faut le dire, très peu efficace. Les topiques diversement conseillés pour arrêter la marche de l'érysipèle, collodion, iode, solution de nitrate d'argent, onguent mercuriel, eau boriquée, solution de sublimé, étaient vraiment sans action. Des compresses trempées dans une eau émolliente (graine de lin, pavot, fleurs de sureau) et fréquemment renouvelées, étaient encore le meilleur topique et procuraient au malade un certain soulagement.

A l'embarras gastrique on opposait un vomitif ou un purgatif salin. L'opium (5 à 10 centigrammes), les bromures, le chloral (1 à 2 gr.), les potions calmantes étaient données en cas d'excitation et de délire, les toniques, le vin ou l'extrait de quinquina, le quinium, le vin de Champagne, trouvaient leur indication, s'il y avait prédominance de symptômes adynamiques.

Certes, parmi ces dernières médications, il en est qui ne sont pas à dédaigner, mais elles ne constituent pas un traitement curatif de l'érysipèle. Le traitement rationnel, celui qui enraye la marche de l'érysipèle et qui le guérit, c'est le traitement par les injections de sérum antistreptococcique, mis en usage, ces temps derniers, par M. Marmoreck.

Ce traitement, étant analogue au traitement de la diphtérie par les injections de sérum, il faut le décrire en détail, vu l'importance croissante de la sérothérapie.

Une première difficulté à vaincre, c'est d'obtenir, en quantité voulue, un virus streptococcique très virulent et conservant sa virulence. Exalter la virulence du streptocoque est chose connue ; il suffit de traiter le streptocoque par la méthode classique des passages.

Les infections streptococciques sont très fréquentes chez l'homme. Que le streptocoque agisse à lui seul (érysipèle, état puerpéral, infections phlegmoneuses) ou qu'il agisse comme agent associé (diphtérie, angines, scarlatine, influenza, broncho-pneumonies, tuberculose) ; qu'il soit par lui-même un microbe très virulent ou que sa virulence soit exaltée par les microbes auxquels il s'associe, il est certain que le streptocoque joue en pathologie humaine, un rôle considérable. C'est un sujet qui est à l'étude et sur lequel on ne peut encore porter aucun jugement, mais il est une maladie sur le traitement de laquelle nous sommes suffisamment édifiés, c'est l'érysipèle.

L'érysipèle est une maladie peu meurtrière ; on voit néanmoins, d'après les statistiques relevées par M. Chantemesse, dans son service du bastion 29, consacré aux érysipélateux, que la mortalité de l'érysipèle traité par les anciens procédés atteint ou dépasse 5 pour 100.

Non seulement le chiffre de la mortalité de l'érysipèle est abaissé, mais encore la durée de cette maladie est notablement diminuée, et, dans bien des cas, symptômes généraux et symptômes locaux sont arrêtés nets dans l'évolution. On dirait vraiment, chez certains malades, que l'érysipèle est jugulé par l'injection de sérum.

Voici comment les choses se passent le plus souvent : on pratique, avec toutes les précautions antiseptiques, une injection de 10, 15 ou 20 grammes de sérum sous la peau du ventre. Rapidement, la maladie est modifiée : quelques heures après l'injection, le malade se sent soulagé, les douleurs et les sensations si pénibles de cuisson et de tension diminuent. Il n'est pas rare que la température commence à s'abaisser 6 ou 8 heures après l'injection et tombe à la normale en 24 heures.

La rougeur de l'érysipèle, la tension des tissus diminuent notablement en 12 à 24 heures et la desquamation, chose remarquable, commence parfois 4 ou 5 heures après l'injection.

Chez les érysipélateux injectés, on ne voit pour ainsi dire jamais ces suppurations, qui accompagnent bon nombre d'érysipèles.

Dans les cas où une injection de 15 ou 20 centimètres cubes ne suffit pas, on en pratique une seconde et une troisième, le jour, ou les jours suivants.

Chez les malades traités par le sérum, on voit, dans quelques cas, survenir des érythèmes fébriles ou non fébriles, parfois à forme purpurique. Ces accidents, du reste sans conséquence, diminueront à mesure que le sérum sera mieux préparé. Il ne faut pas oublier qu'on ne doit saigner les chevaux producteurs de sérum, que quatre ou cinq semaines après la dernière inoculation. En effet, pendant les premières semaines, le sérum est encore toxique, bien qu'il ne contienne pas de streptocoques.

Les abcès qui sont parfois apparus à la suite des injections, abcès contenant du streptocoque, ne surviennent pas, si on a soin de recouvrir la piqûre avec du collodion iodoformé. Ces abcès sont le résultat d'une auto-infection, ils ne peuvent pas être dus au sérum, le sérum ne contenant pas de streptocoques.

Chez les gens qui sont sujets aux érysipèles à répétition, aux érysipèles mensuels, l'injection de sérum pourrait agir comme agent préventif.

En résumé, les injections de sérum anti-streptococcique constituent le traitement le plus rationnel et le plus efficace de l'érysipèle. Ces injections réussissent d'autant mieux, qu'elles sont faites à une période plus rapprochée du début de la maladie. Grâce à cette méthode, la mortalité de l'érysipèle est beaucoup moindre, la durée de la maladie est fort abrégée, les souffrances sont extrêmement atténuées, et les complications sont, en partie, évitées. Ce traitement mérite donc, à tous égards, de prendre une place importante dans la sérothérapie.

Le paludisme

Voici, en deux mots, l'opinion du Dr *Legrain* sur le paludisme :

« Il y a à choisir entre deux opinions. L'une consiste à dire *à priori* : dans les pays chauds, il y a toujours du paludisme ; quoi que vous ayez, prenez d'abord de la quinine. C'est là une croyance ne reposant sur rien et absolument contraire à l'adage : *naturam morborum*. L'autre dit : le long des rivières, dans les terrains d'alluvions, existe à la fin de l'été une fièvre spéciale, bien déterminée par ce fait que la quinine administrée à dose convenable, au début d'un accès qu'elle n'influence en rien, la coupe pour cinq jours au moins. Cette fièvre intermittente parfaite, guérit toute seule sans jamais s'accompagner d'hépatosplénomégalie, ni de cachexie. Elle constitue selon les endroits, le quart ou le dixième à peine des pyrexies. A côté

de ces fièvres bénignes et sans complications, existe toute une série de maladies avec déterminations hépatospléniques, pouvant aboutir à un état cachectique, et sur lesquelles la quinine à dose quelconque, n'a aucune action, à aucun moment.

Quiconque n'a pas abandonné le fatras d'erreurs que contient l'enseignement classique actuel, est absolument incapable de se diriger en pyrétologie exotique. Terrorisé par le spectre de l'accès pernicieux ou de la cachexie paludéenne, il ordonnera de la quinine partout et à tous, et ne fera pas de diagnostic. »

Corps étrangers des voies aériennes

M. le Dr *Vignard* rapporte dans la *Gaz. méd. de Nantes*, deux faits fort intéressants de corps étrangers des voies aériennes, qui montrent la nécessité d'une prompte décision, en présence de ce grave accident.

Un enfant, âgé de deux ans et demi, très bien portant, jouait avec des grains de café torréfié, lorsque, brusquement, il est pris d'un accès de suffocation. Au bout de quelques minutes le calme se rétablit, mais la nuit, il y eut plusieurs accès.

Le lendemain matin, la mère, inquiète, consulte un médecin-pharmacien du voisinage et émet la supposition que son enfant a avalé de travers un grain de café. Le pharmacien rejette cette idée, diagnostique une bronchite et prescrit un calmant quelconque.

Mais, l'enfant va de mal en pis, les accès de suffocation deviennent de plus en plus fréquents, de plus en plus terribles, ils se répètent au moins vingt fois par jour.

Le Dr Bureau, consulté le septième jour, reconnaît qu'il s'agit d'un corps étranger des voies aériennes et recommande l'entrée immédiate à l'hôpital et l'intervention. Ce n'est que le lendemain matin, après avoir failli étouffer dans la nuit, que l'enfant est conduit à l'hôpital.

Lors de la visite de M. Vignard l'enfant est calme, mais il existe une gêne respiratoire caractérisée par un léger tirage sous-sternal et une coloration bleuâtre des lèvres. L'auscultation ne révèle rien, ni du côté de la trachée, ni du côté des bronches. Pas le moindre bruit de grelottement. En somme, les signes physiques et les signes fonctionnels sont des plus vagues, mais les commémoratifs sont tellement nets, l'asphyxie a été si menaçante la nuit précédente, que notre confrère se décide à pratiquer immédiatement la trachéotomie.

La trachée est ouverte sur une étendue de trois centimètres et on introduit à deux ou trois reprises le dilatateur pour écarter les lèvres de la trachée et faciliter l'issue du corps étranger. Au bout de quelques minutes l'enfant fait une expiration plus forte et on aperçoit, au fond de la plaie, quelque chose de noir qui est extrait avec une pince. C'est un grain de café très grillé, et cette circonstance est heureuse, car elle explique le peu de gonflement du grain, malgré son séjour prolongé dans le canal trachéal. Les dimensions sont : longueur 11^{mm}, largeur 7^{mm}, épaisseur 6^{mm}.

Les suites opératoires furent des plus simples.

A cette observation, M. Vignard joint la suivante : un petit garçon de quatre ans avait avalé de travers, quelques heures auparavant, un haricot. Les médecins appelés aussitôt n'avaient pas osé prendre la responsabilité d'une trachéotomie immédiate. Quand notre confrère vit le malade, il était mourant ; M. Vignard fit cependant l'incision de la trachée, mais l'enfant n'eut pas la force de rejeter le corps étranger et il mourut quelques minutes plus tard.

Se basant sur ces faits, M. Vignard se sépare du conseil donné dans la chirurgie clinique par M. le prof. Tillaux, lequel préconise l'expectation armée. « De tels exemples, dit M. Vignard, rendent à coup sûr interventionniste, et interventionniste précoce, en particulier quand il s'agit d'un corps étranger susceptible d'une augmentation rapide de volume comme le haricot. Ce n'est pas au bout de quelques jours, ni même au bout de quelques heures, c'est immédiatement, qu'il faut pratiquer la trachéotomie. »

Calculs vésicaux chez la femme.

D'après M. le Dr *Paul Lafforgue*, la thérapeutique rationnelle des calculs est la suivante :

Chez la femme adulte, les calculs, dont le diamètre ne dépasse pas deux centimètres, peuvent être extraits par la dilatation, quoique la lithotritie leur soit applicable avec plus d'avantages.

Tous les calculs plus volumineux, doivent être traités par la lithotritie, à moins que leur dureté ne s'y oppose, que leur volume soit excessif, et que la vessie ne soit irrévocablement rebelle à la distension.

Quant aux calculs, qui rentrent dans cette dernière catégorie, c'est-à-dire ceux qui sont trop volumineux ou trop durs, ils sont traités avec avantage par la taille hypogastrique.

La lithotritie, pas plus que la taille, ne sont des opérations curatives, il faut les faire suivre du traitement approprié à la lithiase rénale ou à l'affection vésicale, qui ont donné naissance au calcul.

MÉDECINE PRATIQUE

Régimes et Diététique

I.

Bien des médecins, aujourd'hui, en présence des trop nombreux échecs de la thérapeutique végétale et minérale, se font forts de guérir la plupart des maladies par la seule hygiène et le régime. Il est certainement plus conforme à l'idéal de parvenir à guérir une maladie rien que par des modifications d'hygiène et de régime et la médecine offrirait moins d'aléas et de dangers, si l'on pouvait totalement se passer des drogues. Mais n'y a-t-il pas là qu'un simple mirage et ne court-on pas le risque, en épuisant ses efforts dans des essais et des subtilités de régime, de laisser progresser le mal et de lui permettre enfin de triompher ? C'est une question fort discutée, car les deux méthodes ont presqu'un égal nombre de partisans.

Le *primum non nocere* est la devise des médecins abstentionnistes qui se bornent à la seule diététique dans les maladies, et leur exemple tend à être de plus en plus suivi : Regardez, di-

sent-ils, combien peu nombreux sont, en réalité, les succès de la thérapeutique ? Combien pouvez-vous citer de médicaments vraiment efficaces et souverains ; en dehors de l'opium, de la quinine, du salicylate de soude, de l'iodure de potassium, de l'hydrargyre, de l'antipyrine et de la digitale, en y ajoutant les purgatifs, quel autre médicament sérieux pouvez-vous citer ? Cela fait, en tout, sept ou huit substances dont personne ne peut contester l'efficacité, et encore ? Sont-elles absolument sans inconvénients ? N'y-a-t il pas eu de nombreux accidents dus à leur emploi ? Mieux vaut la diététique, les régimes lacté, herbacé, carné, exclusifs ou mitigés. Ce sont des moyens inoffensifs qui ne contrarient pas notablement les maladies et qui peuvent même aider singulièrement la nature, quand elle est près d'être en faillite devant les invasions variées du mal. Rien ne vaut le régime lacté exclusif pour les maladies aiguës et même pour bien des maladies chroniques (athérôme, mal de Bright, emphysème, gastrites, entérites, diabète, cancers, ictères et cirrhoses hépatiques, rhumatisme chronique). Le régime herbacé ou végétarien convient aux goutteux et aux rhumatisants ; le régime carné est indiqué dans les dyspepsies, gastrites, entérites, convalescences de maladies longues. Le régime aqueux est destiné aux asystoliques, aux lithiasiques, aux athéromateux ; le régime sec convient surtout aux dilatés, aux entéroptosés, aux gastropathes en général.

Tels sont, *grosso modo*, les principaux motifs allégués par les apôtres de la diététique exclusive pour la préférer à la thérapeutique. Malheureusement, comme toujours, c'est séduisant comme théorie, mais cela ne repose pas sur des faits probants. En diététique, comme en thérapeutique, il faut se méfier des médecins théoriciens, aucune science médicale ne peut être systématisée et l'on risque fort de courir à de nombreux échecs, quand on se laisse entraîner sur la pente de la théorie à outrance.

D'ailleurs, regardez un peu les prescriptions de régime de chaque médecin ; étudiez point par point ce que chacun prescrit ou défend. D'un seul coup, vous pouvez savoir par la diététique ordonnée, quel est le tempérament du médecin qui a rédigé l'ordonnance. Insiste-t-il sur la nécessité de s'abstenir de vin rouge, de ragoûts, de bœuf bouilli, etc. ? soyez sûrs qu'il ne les digère pas lui-même toujours très bien. Conseille-t-il de ne s'abstenir que de ce qui déplaît et de ne pas s'inquiéter des prétendus inconvénients de tels ou tels aliments ? c'est que lui-même est un gastronome sans scrupules, aimant bien la bonne chère et les bons vins.

Tel grand maître, théoricien à outrance, voit partout de l'artério-sclérose et prescrit à tous ses malades un régime uniforme peu carné, moyennement végétarien, et très lacté ; tel autre attribue tout à l'alcoolisme et veut défendre non-seulement les apéritifs et les pousse-café, mais même le vin coupé d'eau : tel autre voit chez tous ses clients un estomac dilaté et défend à tous, de boire en mangeant et entre les repas ; tel, enfin, considère la syphilis comme l'origine de tous les états pathologiques et assaisonne tout, de mercure et d'iodure ; certains regardent le régime carné comme l'unique fortifiant, l'unique réparateur des forces chancelantes ; d'autres encore attribuent à la viande une multitude de méfaits toxiques d'apparence urémique (dyspnée toxique d'origine carnée) et proscrivent le régime carné comme néfaste et dangereux dans tous les cas. L'évidence même de l'exagération de ces méthodes suffit pour en entraver le succès.

Le régime est comme le médicament : il ne peut être efficace que quand il est appliqué judicieusement, à tel ou tel cas déterminé, non par application aveugle d'une théorie intransigeante, mais par doigté spécial, par flair, si l'on peut employer cette expression triviale ; de plus, il ne doit pas être appliqué d'une manière permanente, sous peine de devenir inefficace ou même nuisible ; des intervalles s'imposent, pour reposer l'organisme de la tension spéciale que le régime a provoquée.

En un mot, il importe de ne jamais être absolu ; mais, au contraire, d'explorer son terrain avant d'y planter ses jalons, d'étudier son sujet avant d'imposer un régime et d'interroger délicatement son malade avant de lui défendre tel ou tel aliment ou telle ou telle pratique plus ou moins dangereuse.

Il ne faut évidemment pas prescrire à chacun le régime qui lui fera le plus plaisir, mais il est absurde aussi de vouloir bouleverser de fond en comble la vie d'une personne qui risque de s'en porter encore plus mal. Par un interrogatoire adroit, on arrive à savoir quels sont les abus, les excès, les écarts que commet habituellement le malade : alcools, vin, viande en ragoûts, aliments épicés, trop grande sédentarité, trop grand mouvement après les repas, café, tabac, plaisirs vénériens, air confiné, manque de repos, paresse, abus de sucreries, irrégularité des repas, des selles, des heures de sommeil, mauvaise hygiène du vêtement, etc.

Tout cela apparaît rapidement à l'œil exercé du praticien soigneux et lui permet de formuler un régime approprié à son malade. Il en est du régime comme d'un traitement ; il ne peut y avoir de formule unique susceptible de s'adapter à tous les cas de la même maladie, d'où, la difficulté, parfois très grande, de tomber juste sur le traitement approprié à chaque individualité, et la fréquence des échecs des théoriciens, qui se bornent à faire le diagnostic, c'est-à-dire à connaître le nom de l'ennemi, sans chercher à explorer les conditions de résistance et les moyens de défense de cet ennemi, et à lancer au hasard, contre lui tel ou tel projectile thérapeutique, numéroté d'avance et proclamé infaillible par la théorie.

D'ailleurs, nous allons passer rapidement en revue, les formules de régimes à prescrire aux malades, selon les cas pathologique divers ; mais, nous insistons sur la nécessité de bannir tout exclusivisme et toute inflexibilité, car ce serait s'exposer à ne pas être obéi ou à provoquer des désordres pires que le mal lui-même.

II

Albuminurie. — Régime lacté absolu, c'est-à-dire, 3 litres et demi de lait pur bouilli ou stérilisé, en 24 heures, par doses de 400 grammes toutes les deux heures entre 7 heures du matin et 11 heures du soir. On peut aromatiser le lait ou le saler.

Ce régime ne doit être continué d'une manière absolue que pendant 15 à 20 jours ; il nécessite une surveillance constante pour combattre la constipation et les fermentations gazeuses qu'il provoque, le plus généralement.

On diminue ensuite la rigidité du régime ; on institue le régime lacté mixte : 1 litre 1/2 environ en 24 heures, des viandes blanches et des purées de légumes, pendant 3 semaines.

Le régime lacté absolu sera ensuite repris comme précédemment.

Au régime, on peut ajouter les médicaments préconisés contre la néphrite : lactate de strontium, tannin, cantharides, iodure de fer.

Diabète. Régime lacté absolu ou bien diète carnée, si possible, sauf quand on craint le coma diabétique ; défense de manger des féculents, des farineux en potage, des sauces, des pâtisseries, du pain, des fruits sucrés, du sucre, des liqueurs, de la bière, du vin et du lait sucré. On ne peut permettre que du pain de gluten, du pain grillé, des pommes de terre à l'eau, 100 grammes par repas ; le sucre sera remplacé par la glycérine ou la saccharine, viandes blanches, poissons maigres.

Voyages, fatigues, émotions doivent être évités. Par contre, on recommandera l'usage de massages, de frictions au gant de crin, l'habitude d'une grande propreté, l'emploi de vêtements de flanelle.

Goutte. — Le régime des goutteux doit consister en viandes blanches, légumes herbacés, fruits cuits, poissons maigres, thé léger ou petite bière, café noir, infusions de café vert ; purges périodiques, lavages des reins par l'emploi d'eaux alcalines, abstinence de gibiers, de fromages forts, de légumes riches en toxines comme les choux de toute espèce, exercice modéré, mais quotidien, frictions sèches, bains de vapeur, massages, usage de vêtements de flanelle.

Athérome. — Le régime de l'artério-scléreux est, à peu de chose près, le même que celui du goutteux, beaucoup de lait, peu de viande, légumes variés, verts et féculents, pas du tout de gibier, de fromages forts, de vin, de liqueurs, d'excès de fatigues, abstinence de plaisirs vénériens, pas d'exercices violents, ni escrime, ni bicyclette, ni cheval ; purgations fréquentes, tisanes ou eaux minérales diurétiques.

Lithiases. — Le régime des lithiasiques doit être fort sévère et comporter tout d'abord la ration alimentaire, ou pour mieux dire, le rationnement des aliments : Un seul repas complet suffit à midi ; le matin et le soir, vers 7 h., une légère collation est de règle. Les aliments doivent se composer de viandes blanches, de rôtis, de légumes féculents, de fruits cuits, de laitage, de poissons maigres ; il faut proscrire strictement les acides, vinaigre, cornichons, tomates, oseille, concombres, fruits verts (sauf le raisin), le vin pur, les liqueurs. La meilleure boisson est l'eau claire ou un peu de vin blanc coupé d'eau. Tous les mois, on fait faire une cure d'eau alcaline de 15 jours, précédée d'une purgation. L'exercice après les repas est de rigueur.

Obésité. — Comme pour la lithiase il faut réduire la quantité d'aliments et surtout réduire les boissons et la mie de pain. La viande rôtie et les légumes herbacés, les œufs et les pâtes avec 50 gram. de pain grillé ou de flûte mince ; comme boisson, 1 verre d'eau par repas, ou 1 verre de thé léger. L'exercice, les sudorifications, les massages sont indispensables.

Cardiopathies. — Dans les affections du cœur compensées, il faut éviter les repas copieux, le vin pur, les plaisirs vénériens, mener une vie modérée, habiter des étages peu élevés, ne pas courir, s'habituer à respirer lentement par les fosses nasales et supprimer l'usage du tabac.

Dans les affections cardiaques non compensées, il faut se mettre au régime lacté absolu pendant les 10 premiers jours de chaque mois et les autres jours à un régime de viande blanche, poissons plats, œufs, légumes verts, fruits cuits, café léger, absence d'exercice et de femmes.

Affections de la peau. — La question du régime a une importance primordiale dans les affections de la peau, principalement dans l'eczéma : tout ce qui est épicé, excitant, toxémique doit être écarté : charcuterie, choux, poissons, coquillages, crustacés, oseille, tomates, salades, légumes verts, gibiers, fromages forts, salaisons, vinaigrettes, café, vin pur, liqueurs, plaisirs vénériens.

Dyspepsies. — Au chapitre des dyspepsies, le régime alimentaire est des plus importants, mais aussi des plus fluctuants : le tâtonnement est indispensable. Tel estomac digère telle chose et pas telle autre, c'est une affaire d'interrogatoire minutieux. En général, le régime doit se composer de viandes rôties, de légumes en purée, de fromage cuit comme le gruyère, de fruits cuits, de vin coupé d'eau (blanc ou rouge), de peu de café, de lait par intervalles.

La quantité de boisson a une certaine importance et sans exiger le régime sec, le médecin fera bien de rationner le malade à 1 verre 1/2 par repas.

Anémie. — Le régime des anémiques et des chlorotiques doit être avant tout réparateur, mais pas exclusif : la salade ne doit pas plus être proscrite que la viande saignante ne doit être imposée, l'une et l'autre se marient bien et font plaisir au malade qui s'alimente avec moins de répugnance : de même pour les tuberculeux. Une seule chose doit être combattue, c'est le préjugé populaire qui veut qu'on ne donne que du vin pur. C'est là une erreur funeste.

Enfin, pour les rhumatisants, la question du régime alimentaire est secondaire, mais ce qu'il importe de régler, c'est le régime de l'habitation et du vêtement.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Une œuvre d'assistance à la Société du IXe Arrondissement.

Le vice-président, Dr Bellière, dit à ses confrères : « Nous sommes 220 membres ; toutes les fois que l'un de nous mourra, nous verserons, à sa famille, une somme de cinq francs ; soit un billet de mille francs au moins et nous rendrons à certaines familles médicales, un service sou-

vent bien plus sérieux qu'on ne le croit. Nous aurons de trois à cinq décès (les statistiques de notre Société disent trois) nous aurons donc, de 15 à 25 francs à verser chaque année et à ce prix nous établirons une très intéressante œuvre de solidarité. »

Présentée dans ces conditions, nous ne pouvons qu'applaudir, des deux mains, à une organisation si simple, si peu sujette à de sérieux mécomptes. Nous conseillerions, si on nous le permet, de faire recouvrer les cotisations, chaque fin d'année, par le trésorier de la Société, en addition de la souscription annuelle des membres. Sur son trésor, la Société ferait les avances aux familles, dans le cours de l'année. Guère n'est besoin de droit d'entrée, de stage pour les nouvelles recrues, de fonds de réserve. On donne sans esprit de retour, sans calcul des probabilités ; c'est charitable, confraternel. Inutile de faire de grands calculs. Le mieux est de n'en pas faire.

On fait le bien ; cela suffit.

Ceci dit, s'il s'était agi d'une vaste organisation, de portée médicale générale, de droit strict, nous n'aurions pas ménagé nos critiques et nous aurions montré les difficultés devant lesquelles nous nous sommes arrêtés, eu 1881, alors que deux médecins de Brionne (Eure), MM. Ducosté et Bigourdan, ont exposé, dans le *Concours* un projet d'assurances *post-mortem*, qu'ils avaient emprunté à nos compatriotes émigrés au Canada. Vers 1850 ces Français ont établi une Société qu était à cette époque, très prospère ; Société dénommée les Old-Fellows, les vieux camarades.

Nous avons adressé, à notre distingué confrère M. le Dr Bellière, ce que nous avons publié, en 1881, sur le projet des médecins de l'Eure. Ils exigeaient mille adhérents ; prévoyaient cinq mille francs de frais généraux, vingt décès, etc., en un mot réclamaient un versement annuel de 116 fr. en vingt versements de 6 fr. environ. Jeunes, vieux, faibles, forts, tous payaient de même et quand un associé mourait, sa famille recevait une somme de *cinq mille francs*.

Nos objections furent nombreuses : difficulté de trouver mille adhérents; difficulté des envois de fonds par toute la France ; défaillances certaines à cause de l'incertitude des époques et du nombre des paiements, etc., etc..., bref les objections furent si nombreuses que le Conseil de Direction du *Concours* tourna ses vues vers d'autres combinaisons.

Ceci est la confirmation que le projet Bellière ne vaut que pour des groupes de médecins très rapprochés, d'aisance à peu près pareille. Nous lui souhaitons le succès qu'il mérite et applaudirons aux résultats de cette modeste et sûre forme de prévoyance.

A. Cézilly.

L'admission des malades riches dans les hôpitaux.

Chacun sait, ou plutôt nous savons tous, nous médecins, que le nombre des malades diminue, si le nombre des médecins augmente. Nous savons tous, par expérience, que le malade riche tend de plus en plus à négliger de payer à son médecin les honoraires qui lui sont dus, ou au moins de lui en payer le moins possible. Pour arriver à ce résultat, bien des moyens sont employés par le client : d'abord, la participation aux assurances et aux sociétés de secours mutuels.

En plus, le client se fait admettre à l'hôpital. Il sait qu'il n'aura pas de pharmacien à payer, pas de chirurgien à honorer, qu'il sera soigné à meilleur compte que chez lui. C'est charmant !

Bien entendu, les médecins se sont aperçus qu'il étaient dupés. A cela ils sont tellement habitués qu'ils n'auraient peut-être rien dit. Mais ils ont remarqué que les places occupées dans les hôpitaux par tous les malades riches, étaient autant de lits usurpés aux indigents. Alors ils se sont émus ; les syndicats, le Concours médical ; à Paris les médecins et chirurgiens des Hôpitaux, l'Assistance publique elle-même se sont inquiétés de cet état de choses, et tous ont été d'accord pour reconnaître qu'il y avait là un abus flagrant, qu'il fallait faire cesser. L'hôpital est pour les indigents et les seuls indigents.

Il semble que ce soit là un axiome, et qu'il doive être vrai, non seulement pour nous médecins, mais pour quiconque s'intéresse d'une façon quelconque à l'assistance des indigents.

Eh bien, ce qui est vrai à Paris, ne l'est pas ailleurs. En voici la preuve : Il y a quelques mois, on discutait au Conseil municipal d'une de nos villes de province, le budget des hospices. Et pas un tout petit budget, s'il vous plaît (il se monte à 430.000 francs en recettes et dépenses).

Un des honorables conseillers s'aperçut, chose facile d'ailleurs, que les dépenses dépassaient quelque peu les recettes. Que faire pour compenser ce déficit ?

Je copie textuellement dans un journal de la ville le compte rendu de cette séance mémorable ; je m'en voudrais de ne pas présenter dans toute leur beauté les idées de l'honorable conseiller.

Le Conseiller. — « Je crois qu'il est difficile « d'augmenter les recettes, sauf en ce qui con- « cerne l'article 31 : journées payées par les ma- « lades ou leurs familles. De ce chef on ne tou- « che que la somme dérisoire de 18.000 francs, « en diminution de 5.000 fr. sur l'exercice pré- « cédent. Le personnel médical est de premier « ordre (Merci !) On ne néglige rien pour avoir « un outillage irréprochable, et malgré tout la « recette ne dépasse pas 18.000 fr., alors qu'aux « quatre coins de la ville des établissements « privés font des affaires d'or.

« M. X... tient à signaler cette situation, il « estime que si l'on cherchait les moyens d'ame- « ner dans les services une partie de la clien- « tèle riche, on verrait rapidement cet article des « recettes doubler ou tripler. »

Et voilà, mes chers confrères, ce que l'on trouve dans une ville d'assez grande importance, pour augmenter les recettes de l'hôpital.

Sans commentaires, n'est-ce pas !

Je dois dire que le conseil a passé outre et ne s'est pas arrêté à ces lumineuses considérations. Mais l'idée est jetée, je ne désespère pas de vous annoncer, un jour, ou l'autre qu'elle a été reprise, adoptée, votée, mise à exécution.

Et nous sommes en 1900, fin du XIXe ou aurore du XXe siècle !

(*Année médicale de Caen.*)

Dr Osmont.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Tribunal de Commerce de la Seine.

AUDIENCE DU 6 DÉCEMBRE 1899.

Droits du médecin et de la personne non diplômée associés pour l'exploitation d'une maison de santé. — Dans son audience du 6 décembre 1899, le tribunal de commerce de la Seine a rendu un jugement qui spécifie les droits de deux associés pour l'exploitation d'une maison de santé, dont l'un est médecin et l'autre ne l'est pas. De cette décision il résulte :

1° Que si une société a été formée entre un docteur en médecine et une personne non diplômée pour l'exploitation d'une maison de santé dans laquelle les malades trouvent, d'une part, les consultations de l'associé médecin et, d'autre part, les soins à donner, par suite d'une organisation toute spéciale dirigée par l'associé non diplômé, est licite la convention intervenue à la dissolution de la société, par laquelle l'associé médecin cède ses droits sociaux à son coassocié, l'organisation hospitalière de la maison constituant une exploitation commerciale absolument distincte de l'exercice de la profession médicale et pouvant, à ce titre, faire l'objet d'une cession à une personne non diplômée ;

2° Que la cession des droits sociaux comprenant celle de la clientèle attachée à l'exploitation commerciale, l'associé non diplômé devient légitimement propriétaire de ladite clientèle ;

3° Que l'associé médecin commet un acte de concurrence déloyale lorsque, après la cession de ses droits, il établit une maison de santé similaire et cherche, au moyen de la publicité, à détourner une partie de la clientèle cédée.

Cour de Cassation.

ARRÊT DU 1er MAI 1899.

Le témoignage d'un médecin provoqué et fourni dans une enquête, au mépris de la prohibition édictée par l'article 378 du Code pénal et en violation des règles du secret professionnel, ne peut servir à une décision de justice.

« Vu l'article 378 du Code pénal ;

« Attendu que les conclusions prises en appel par B... demandaient à la cour de dire et juger que la déposition faite dans l'enquête par le médecin, constituait une violation du secret professionnel d'ordre public, imposé par l'art. 378 du Code pénal, les faits révélés n'ayant pu avoir été connus de lui qu'à raison de sa profession de médecin ; qu'en conséquence les premiers juges ne pouvaient baser leur décision sur une déposition qui constituait la violation d'un principe d'ordre public, et même un acte délictueux;

« Attendu qu'à cet égard, les juges du fond se sont bornés à répondre que, quelque étroite que soit l'obligation du secret professionnel, il n'enlève pas au magistrat, sur l'intervention duquel est apporté un témoignage sur un fait professionnel, le droit de demander à cette déclaration un élément de preuve pour la manifestation de la vérité qu'il lui appartient de poursuivre ;

« Mais attendu qu'il résulte des constatations de l'arrêt attaqué que le fait, secret de sa nature, sur lequel le médecin avait été appelé à déposer n'avait pu être connu de lui qu'à raison des soins qu'il avait donnés à son client, et que, pour ce motif, il lui était interdit de révéler ;

» Attendu que le témoignage d'un médecin ainsi provoqué et fourni au mépris de la prohibition édictée par l'art. 378 du Code pénal ne saurait servir de fondement à une décision de justice, et qu'en décidant le contraire, l'arrêt attaqué a violé le texte de la loi ci-dessus visé.

Casse, etc...

Par application de cette doctrine ou s'inspirant du même principe la Cour d'appel de Besançon rendait l'année dernière un jugement où nous relevons les attendus suivants :

« Attendu que le certificat produit par les appelants, comme d'ailleurs ceux produits par les intimés et émanant du Dr V.... doivent être rejetés du débat parce que leur production dans la cause constitue une violation du secret professionnel ; qu'en effet, la loi a fait du secret professionnel, tel qu'il résulte de l'article 378 du Code pénal, une prescription d'ordre public qui ne saurait être violée dans un intérêt de moralité supérieur et sans ébranler la confiance qui s'impose dans l'exercice de certaines professions pour garantir le repos des familles ;

« Attendu que ce secret est la propriété exclusive de celui qui l'a confié ; que le docteur-médecin qui l'a reçu n'est pas le maître d'en disposer dans telles conditions ou telles limites que sa conscience semblerait lui permettre ; que le Dr V .., ayant donné ses soins à B..., n'a connu les causes de la mort de cet homme qu'en raison de l'exercice de sa profession, et que les constatations de ses certificats ne portent que sur des faits qui, par leur nature même, sont secrets ; que, dès lors, la Cour ne saurait faire état de ces documents qui ne peuvent faire preuve par eux-mêmes, ni constituer l'élément essentiel et primordial de la preuve par voie d'expertise qui est ainsi illégalement sollicitée ;

« Attendu que B... mort, nul ne peut relever le Dr V... du secret professionnel, parce que c'est là un droit qui ne saurait appartenir qu'à la personne même qui en est propriétaire ; qu'il importe donc peu que les deux parties en cause produisent les certificats du médecin ; que les héritiers, les continuateurs mêmes de la personne du défunt, n'ont ni l'exercice, ni la jouissance d'un droit qui, par sa nature même, est exclusivement individuel et personnel.

Tribunal de première instance de Niort.

AUDIENCE DU 3 NOVEMBRE 1898.

Exercice illégal par une dormeuse.

Attendu que l'intervention, en qualité de partie civile, de l'Association des médecins du département des Deux-Sèvres est régulière en la forme.

Au fond,

Attendu que la femme Rougier ne méconnaît pas avoir donné des conseils, pour les maladies à l'occasion desquelles elle a été consultée, mais qu'elle soutient que les indications purement générales qu'elle a pu donner, ne s'appliquant à aucun cas particulier à elle soumis, ne tombent pas sous l'application de l'article seize de la loi de mil huit cent quatre-vingt-douze, qui punit l'exercice illégal de la médecine ;

Que cet article, en effet, vise spécialement toute personne qui, non munie de diplôme prend part habituellement, ou par une direction suivie, au traitement des maladies :

Mais qu'il n'est pas douteux que les pratiques relevées contre la prévenue tombent sous l'application de cette loi ;

Qu'on ne peut, il est vrai, reprocher à la femme Rougier, de s'être mise en contact avec les malades et d'avoir, auprès d'eux, joué le rôle de médecin ;

Mais qu'elle ne peut méconnaître que, consultée par intermédiaires, elle a conseillé un véritable traitement qui, à sa connaissance, a été substitué, notamment dans le cas du sieur Dechaine, à la médication précédemment conseillée par des praticiens diplômés ;

Et que son intervention ayant eu pour résultat de faire retarder une opération chirurgicale déjà reconnue nécessaire, elle paraît en avoir aggravé les conséquences, puisqu'au lieu de se borner au gros orteil, l'amputation a dû être remontée jusqu'au genou ;

Par ces motifs, le Tribunal déclare la nommée Le

Corff, Marie-Anne, épouse Rougier, coupable d'exercice illégal de la médecine ;

Et lui faisant application des articles un et seize, dix-huit de la loi du trente novembre mil huit cent quatre-vingt-douze ; cent quatre-vingt-quatorze du Code d'instruction criminelle et neuf de la loi du vingt-deux juillet mil huit cent soixante sept, dont lecture a été faite publiquement par M. le président.

La condamne à cent francs d'amende et aux frais dus à l'Etat, lesquels sont liquidés à la somme de cinquante-huit francs cinquante centimes, port des pièces compris.

Et fixe la durée de la contrainte par corps au minimum déterminé par la loi.

Et faisant droit des conclusions de la partie civile, la condamne à payer à l'Association demanderesse la somme de cinquante francs à titre de dommages-intérêts ;

Condamne la partie civile aux dépens, liquidés à la somme de trente-neuf francs quatre-vingt-deux centimes, en ce compris le coût du présent jugement et non compris le coût de ses levées, signification et mise à exécution qu'elle paiera également, sauf son recours contre la femme Rougier qui y est condamnée en définitive.

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Assemblée générale des médecins de l'Ariège.

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL DE LA RÉUNION DU 28 JANVIER 1900.

Vingt membres sont présents.

Assistance médicale.

Le Président ouvre la séance en retraçant les phases de la lutte contre le Conseil général au sujet de l'organisation du service d'assistance medicale.

Divers membres signalent l'attitude suspecte ou les défaillances de certains confrères, qui avaient pris l'engagement de résister et que leur situation professionnelle obligeait plus que tous les autres à tenir parole.

Le Secrétaire rappelle qu'aucun des trois médecins membres du Conseil général n'a soutenu les propositions de ses confrères ; alors qu'elles avaient trouvé un défenseur énergique dans la personne de M. le sénateur Delpech.

En conséquence, un blâme est adressé aux défaillants, en même temps que des félicitations et remercîments à M. Delpech.

De plus, on décide, à l'unanimité, la continuation de la grève.

Loi sur les accidents.

Sur la proposition du Dr Eugène Soula, l'assemblée adopte à l'unanimité les résolutions suivantes, et décide qu'elles seront adressées à la Représentation ariègeoise du Sénat et de la Chambre des députés :

« Les médecins de l'Ariège, réunis en assemblée générale à Foix, le 28 janvier 1900, au nombre de quarante-trois, ont adopté les résolutions suivantes :

« Considérant qu'il n'appartient pas aux pou-« voirs publics de s'immiscer dans la fixation « d'un tarif d'honoraires;

« Considérant que les ouvriers victimes d'acci-« dents et *a fortiori* les patrons, aujourd'hui res-« ponsables, ne peuvent être considérés comme « indigents ;

« Les médecins de l'Ariège protestent contre « les articles 4 et 29 de la loi du 9 avril 1898 et « demandent :

« 1° La suppression du 2e paragraphe de l'ar-« ticle 4 concernant le tarif de l'Assistance mé-« dicale gratuite ;

2° Le paiement des certificats médicaux, ceux-« ci devant être, comme toutes les conséquences « de l'accident, à la charge du chef d'industrie. »

Après discussion et examen de divers tarifs, l'Assemblée, sans spécifier pour le moment le tarif choisi, bien que la plupart de ses membres se déclarent partisans du Tarif girondin, arrête les conclusions suivantes, qui seront soumises à la signature de tous les médecins du département :

I. — Les médecins de l'Ariège adhèrent tous au tarif...

II. — Les médecins non liés par des engagements récents le mettront en vigueur dès qu'avis leur sera donné, et refuseront leur concours aux Compagnies d'assurance qui ne voudraient pas le reconnaître.

III. — Ceux que des contrats non résiliables immédiatement empêchent de l'adopter en ce moment, y adhèrent en principe, et s'y rallieront dans le plus bref délai possible.

IV. — En cas de non-entente avec les Compagnies, celles-ci laissant aux blessés le soin de régler les frais de traitement sur la base du tarif de l'Assistance médicale gratuite, les médecins éviteront cet écueil en exigeant du chef d'entreprise lui-même, et pour chaque sinistre, une demande de soins écrite.

V. — Semblable demande sera toujours exigée des patrons non assurés dont les blessés seront également soignés au tarif.

VI. — Autant que possible, les médecins n'accepteront pas de traité avec les Compagnies. Mais, s'il y a traité, ils auront soin de bien stipuler, sur le contrat, que la Compagnie renonce à tout recours, à toute demande reconventionnelle contre le médecin traitant, pour défaut de soins, mauvais soins, erreur de diagnostic et de pronostic.

Sociétés de secours mutuels.

En ce qui concerne les Sociétés de secours mutuels, sans engager le fond, l'Assemblée décide également de soumettre à tous les médecins ariégeois les résolutions suivantes :

L'abonnement sera par *tête d'inscrit* avec, en plus, un coefficient kilométrique pour toutes les Sociétés existant en dehors des communes-résidences des médecins.

Les opérations, soins chirurgicaux, visites de nuit, consultations avec les collègues, seront comptés à part, à un tarif spécial.

Un questionnaire sera adressé à chaque médecin ariégeois traitant tous ces divers points intéressant les Assurances-Accidents et les Sociétés de secours mutuels.

Avant de se séparer, sur la proposition des Drs Bonnans, E. Soula, Pujol, Cazeneuve, la motion suivante est votée à l'unanimité :

« Les médecins de l'Ariège, réunis le 28 jan-« vier 1900 en Assemblée générale à l'Hôtel de

« Ville de Foix, adressent leurs vifs remercie-
« ments et leurs chaleureuses félicitations au
« conseiller général et sénateur Delpech, qui a
« seul soutenu, devant l'Assemblée départemen-
« tale, la juste cause du corps médical ariégeois,
« et le prient de croire à leurs meilleurs senti-
« ments. »

Des remerciements sont votés par acclamation à M. Durandeau, maire de Foix, dont l'accueil est toujours si bienveillant.

Certifié exact :

Le Secrétaire,
Dr Eugène Soula.

Le Président de l'Assemblée générale,
Dr Théodore Silvestre.

REPORTAGE MEDICAL

Distinctions honorifiques. — Parmi les médecins qui viennent de recevoir les palmes académiques, nous sommes heureux de relever les noms des Membres du « Concours » suivants :

Officiers de l'Instruction publique.— MM. les docteurs *Arluison* (d'Ozoir-la-Ferrière), *Aubeau* (de Paris), *Bardy* (de Belfort), *Carcopino* (de Verneuil), *Cazaux* (de Langoiran), *Chatelain* (de Paris). *Girard* (de Draguignan), *Leroy* (de Constantine), *Masson de Saint-Félix* (de Liginiac), *Mazade* (de Marseille), *Richard* (de Paris); *Rioms* (d'Eymet), *Romieu* (de Digne), *Sutils* (de la Chapelle-la-Reine).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs *Barral* (de Tullins), *Bossuet* (de Margaux), *Cadenaule* (de St-Ciers-la-Lande), *Cailliet* (de Mortagne), *Castan* (de Pignan), *Chauveau* (de Paris), *Charron* (de Mostaganem), *Chavanon* (de La Rochelle), *Collin* (de Sainte-Menehould), *Coudreri* (de la Boissière-de-Montaigu), *Courgey* (d'Ivry), *Creuzan* (de Floirac), *Destrem* (de Paris), *Dewyn* (de Tourcoing), *Dunand* (d'Esternay), *Euvrard* (de Paris), *Galtier* (d'Hautefort), *Gros* (d'Auxon), *Grossard* (de Paris), *Huguenin* (de Paris), *Lacroix* (de Paris), *Levassort* (de Paris), *Lochard* (de Paris), *Lop* (de Marseille), *Maillard* (de Dauvillers), *Mallet* (de Paris), *Mesnard* (de Paris), *Monnier* (d'Aigues-Mortes), *Patey* (de St-Seine-sur-Vingeanne), *Peschaud-Durand* (de Murat), *Pessez* (de Paris), *Léon-Petit* (de Paris), *Powilewicz* (du Havre), *Rallières* (d'Augerolles), *Renard* (de Bellegarde), *Rigabert* (de Marly-le-Roi), *Rochefort* (de Lassigny), *Sauve* (de Vidauban), *Serpaggi* (de Pierrefitte), *Thibault* (de Saint-Flovier), *Vibert* (de Chatel-Guyon), *Viple* (d'Ebreuil).

Nous adressons à tous nos confrères nos plus chaleureuses félicitations.

Pour l'application de la loi sur les accidents du travail. — Le Comité consultatif des assurances contre les accidents du travail poursuit, au fur et à mesure des demandes du Ministre, la série des interprétations que réclame le texte de la loi du 9 avril 1898.

Il nous paraît indispensable de tenir nos confrères au courant de ces décisions qui auront une influence évidente sur les jurisprudences futures.

Voici les dernières consultations fournies :

10 *Janvier* 1900. — En cas d'hospitalisation de la victime d'un accident, le chef d'entreprise reste débiteur de l'indemnité journalière.

Il doit, en outre, les frais d'hospitalisation, à moins que la victime, refusant les frais médicaux et pharmaceutiques assurés par l'entreprise, n'ait elle-même fait choix de l'hospitalisation par application du second alinéa de l'article 4 de la loi.

24 *Janvier* 1900. — L'expression « entreprises de transport par terre et par eau », contenue dans l'article 1er de la loi du 9 avril 1899, s'applique notamment à toutes les entreprises de transport par mer, en dehors des cas spécialement prévus par la loi du 21 avril 1898, ayant pour objet la création d'une caisse de prévoyance entre les marins français contre les risques et accidents de leur profession. Il en résulte :

« Que la loi du 9 avril est dès lors applicable : 1° aux inscrits maritimes victimes d'accidents en dehors de leur embarquement et au cours de travaux visés par ladite loi ; 2° aux non inscrits maritimes employés à bord des paquebots, embarcations et tous autres bâtiments autres que les bâtiments de guerre ou de plaisance ;

« Que l'armateur responsable dans les termes de la loi du 9 avril 1898 ne saurait se dégager de cette responsabilité par l'application de l'article 216 du code de commerce, la charge du risque professionnel incombant, non au capitaine, mais à l'entreprise de transport. »

24 *Janvier* 1900. — Les *ostréiculteurs*, lorsqu'ils n'exploitent pas la fabrication des boîtes ou paniers d'emballage ou bien toute autre fabrication annexe, ne paraissent pas assujettis à la loi susvisée. »

« Les boulangers sont assujettis à la loi susvisée toutes les fois que leur exploitation n'est pas exclusivement limitée au débit de produits reçus tout préparés pour la vente. »

« Les charcutiers sont assujettis à la loi susvisée toutes les fois que leur exploitation n'est pas exclusivement limitée au débit de denrées reçues toutes préparées pour la vente. »

« Les boucheries avec tuerie sont assujetties à la loi susvisée. »

« Les professions de maréchal ferrant et de charron-forgeron, comportant des transformations industrielles, sont assujetties à la loi susvisée. »

« Les employés occupés dans une exploitation assujettie à la loi susvisée sont appelés au bénéfice de ses dispositions dans les mêmes conditions que les ouvriers. »

7 *février* 1900. — 1° Au cas d'accident survenu en France et entraînant incapacité temporaire de travail, les ouvriers étrangers ne résidant point sur le territoire français ou cessant d'y résider ont les mêmes droits que les ouvriers français ;

« 2° S'ils ont fait choix de leur médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix, conformément au tarif adopté pour l'assistance médicale gratuite dans le département où s'est produit l'accident. »

7 *février* 1900. — En cas de refus de certificat médical par les médecins voisins du théâtre de l'accident, le chef d'entreprise astreint à la déclaration prévue par l'article 11 de la loi du 9 avril 1898 doit demander au juge de paix désignation d'un médecin par justice pour l'établissement du certificat légal, par analogie avec les dispositions du troisième alinéa de l'article 13 de la loi susvisée et par application de l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892. »

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4464.— M. le docteur Magnier, de Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure), présenté par M. le Directeur.

N° 4465. — M. le docteur Pierre Marais, de Honfleur (Calvados), présenté par M. le docteur Marais, père,

N° 4466. — M. le docteur Grorichard, de Paris, présenté par M. le docteur Battreau, de Dangé (Vienne).

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 9 3 MARS 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Un arbitrage nécessaire.

Nos lecteurs n'ont pas oublié l'interminable conflit qui s'éleva, il y a quelques années, entre les médecins du Morbihan et leur Conseil général, au sujet de l'organisation du service d'assistance médicale gratuite.

On vit là, s'étaler au grand jour, le plus cynique mépris des droits du médecin, dont on a la prétention de faire l'agent servile et non rétribué, ou à peu près, des lois de protection sociale que votent, sans bourse délier, les élus du pays. On vit un Conseil général, parfaitement irrespectueux des droits des syndicats, dont on se montre si jaloux aujourd'hui, essayer de suborner les confrères, qui avaient pris des engagements réciproques, de provoquer des capitulations de conscience, en un mot agir comme certains grands patrons oppresseurs, qui ne cèdent que devant les arbitrages du pouvoir suprême.

Or, voici qu'en Ille-et-Vilaine, même litige s'est produit et menace de s'éterniser. Le Conseil général, après délibérations réitérées et prolongées, prétend obliger les médecins à traiter les indigents au prix de 1 fr. par an, et de 1 fr. 50, s'ils font de la pharmacie, en vertu de l'article 27 de la loi de germinal.

C'est évidemment monstrueux. A cette nouvelle, la presse médicale a jeté, d'une façon unanime, le cri d'invitation à la résistance : elle a trouvé de l'écho dans les grands journaux parisiens, dont les feuilles locales ont reproduit les articles. Quelques municipalités urbaines du département ont même tenté la réparation du déni de justice commis à l'égard des praticiens. D'autre part, l'Union des Syndicats a fait des démarches en haut lieu : elle a provoqué une agitation, dans la mesure qu'on lui demandait. Tout cela, c'est quelque chose, mais cela ne suffit pas.

Il y a là une question de principe à faire trancher, pour le bon exemple et pour attester la raison d'être de nos syndicats. Il en existe un, en Ille-et-Vilaine : il a une responsabilité, il a des devoirs étroits envers ceux qui sont ses affiliés.

S'autorisant de précédents récents, ne serait-il pas fondé à solliciter, *aussi publiquement que possible*, l'arbitrage du Président du Conseil, doublement qualifié en la circonstance, et par sa compétence, et, précisément, quoi qu'on en dise, par les relations qu'il possède dans un pays, qui fut le berceau de sa fortune politique ?

Si le Conseil général se refuse à faire même demande de son côté, il en résultera : 1° que tous les esprits soucieux d'équité le jugeront comme il doit être jugé ; 2° que chacun de nos confrères, *individuellement*, aura acquis un droit strict, celui de ne pas vouloir collaborer avec des personnages qui s'obstinent à ne pas tenir compte de sa dignité, et de se retirer du service, en retournant, tout simplement, à ses vieilles habitudes d'humanité, sans tenir compte des intermédiaires grotesques qui, se plaçant entre lui et son malade pauvre, n'apportent à l'un et à l'autre que des vexations de tyranneaux inconscients ou blâmables.

Mais, nous le répétons, tout cela doit se faire avec la plus large publicité possible.

Il ne s'agit, en effet, ni de coalition, ni de grève,

mesures que notre devoir d'humanité rendrait suspectes.

Toute la question est d'apprendre, en effet, de la bouche la plus autorisée, quel tarif minimum doit s'appliquer à nos contrats avec les Administrations départementales, en matière d'assistance.

A quand, la demande d'arbitrage solennellement adressée à M. le président du Conseil, père de la loi sur les Syndicats ?

Tout le corps médical l'attend, après tant et de si pénibles conflits, où la charité officielle se compromet piteusement, en face des ennemis qui la guettent.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'arsenic de l'organisme et les expertises médico-légales.

Voici les conclusions de M. le professeur *A. Gautier*, à la suite de ses recherches sur l'arsenic de l'organisme, et les réflexions, qui lui sont venues à l'esprit au point de vue médico-légal :

Sauf dans la thyroïde, la glande mammaire et le thymus, l'arsenic ne se trouve chez l'homme qu'à l'état de traces, souvent infimes, comme dans la peau, les poils, les os, le lait et quelquefois les excréments, mais on n'en trouve pas le moindre indice (le cerveau mis à part) dans les autres organes et humeurs, en particulier, dans ceux qui forment la masse principale du corps, muscles, foie, rate, reins, sang, urines, etc.. Pour ceux-ci, on peut admettre, soit que l'arsenic ne s'y trouve réellement pas, soit que sa quantité est inférieure à 1/20000000 (un vingt millionième) du poids de l'organe, limite de sensibilité de la méthode qu'emploie M. Gautier. Si donc l'expert (et c'est la règle qu'il suit très généralement) s'adresse séparément, dans ses recherches, à chacun des organes ci-dessus indiqués, organes n'ayant jamais donné d'arsenic, quelle que soit la voie suivie pour sa recherche, et s'il y trouve des traces, et surtout des traces caractérisables, de ce métalloïde, soit qu'il ait employé la méthode Gautier, soit, *a fortiori*, toute autre moins sensible, c'est que l'arsenic avait été absorbé, durant la vie, sous forme médicamenteuse ou criminelle.

Le seul cas qui paraîtrait, peut-être, pouvoir laisser quelques doutes, est celui des exhumations plus ou moins tardives, alors qu'on pourrait craindre que les fermentations putréfactives n'aient répandu dans toutes les parties du cadavre l'arsenic de la thyroïde, de la mamelle et de la peau. Mais, comme on l'a vu, chez l'homme adulte, l'arsenic des glandes thyroïdes s'élève environ à 0 milligr. 17, et il n'y en a ensuite que beaucoup moins dans la glande mammaire et dans la peau ; quant aux produits épidermiques, ongles, cheveux, etc., ils ne subissent que très lentement la fermentation putréfactive. En admettant que, durant la déliquescence cadavérique, l'arsenic de la thyroïde se répande partout, en doublant la quantité de la thyroïde et portant la dose à 0 milligr. 34, pour tenir compte des traces qui se trouvent dans la peau et les autres organes, en admettant même que les larves d'insectes, qui détruisent le cadavre et en emportent assez rapidement au loin les matériaux, ne fissent pas leur œuvre, répandus dans tout le cadavre grâce à la liquéfaction bactérienne, ces 34 centièmes de milligramme. pour un corps humain pesant en moyenne 68 kilogrammes représentent le rapport 34/6800000000 ou 1/200000000 (un deux cent millionième). Or, nous l'avons vu, la méthode la plus délicate permet d'apprécier à peine le 1/20000000 (un vingt millionième), c'est-à-dire une quantité dix fois plus grande. Cet arsenic ainsi dilué, grâce à sa dissémination dans tout le cadavre, échapperait donc à toute recherche.

« J'insiste sur cette déclaration, et sur les nombres suffisamment précis sur lesquels je m'appuie, désireux que je suis de ne pas fournir, par mes recherches sur l'arsenic normal chez les animaux et chez l'homme, des armes qui pourraient être tournées contre la vérité ou inquiéter les consciences. »

FEUILLETON

22e Lettre à la Jeunesse.

Le vieux confrère a donné rendez-vous pour quatre heures. Il est quatre heures et demie ; il ne vient pas. Pourquoi ce retard ? Que s'est-il passé ? Rien que de très humain. Vous commencez à réussir dans la clientèle, c'est un grief, cela. Dans les premiers mois de votre installation, le bonhomme se montrait aimable, il vous protégeait. Y avait-il quelque part des clients éloignés, il vous envoyait plus d'une fois, à sa place, auprès d'eux. Bienveillance, générosité, confraternité empressée et souriante, tout cela entrait dans son manège envers vous.

On aime volontiers à se fournir les preuves de sa supériorité et de son crédit auprès d'autrui : il est toujours agréable et flatteur, pour l'amour-propre, de jouer son rôle, de montrer qu'on tient sa petite place au soleil. En vous recommandant dans la clientèle, le bonhomme ne faisait que se relever à ses propres yeux, il réveillait, avivait, moyennant cette tactique, le sentiment intime, qu'il avait de sa puissance et de son autorité auprès des malades.

C'est un principe d'orgueil qui commandait ses bonnes dispositions à votre égard. En conséquence, vous deviez vous méfier. Le jour où, par vos succès de pratique, vous rencontrez et blessez cet orgueil sur votre route, c'en est fait. La volte-face ne tarde pas. Du moment que vous êtes, aux yeux du public, compté sur le même rang que le vieux confrère, celui-ci se recule et commence à vous battre froid. L'appui qu'il vous prêtait n'était consenti qu'à la faveur d'une convention tacite de votre part : que vous accepteriez sa tutelle et au grand jamais ne songeriez à voler de vos propres ailes. Votre réussite dans la clientèle rompt le contrat : tant pis pour vous. Les conséquences fâcheuses et les représailles ne se feront pas attendre.

Pour aujourd'hui, c'est l'heure du rendez-vous pour consultation qui est manquée. Que si, à la prochaine rencontre, le confrère exprime ses regrets et invoque une affaire urgente, qui l'avait retenu, ne vous laissez pas prendre au prétexte. Bientôt l'incorrection du procédé apparaîtra plus manifeste ; les excuses, on n'en parlera plus.

C'est d'abord le salut dans la rue. Vous mettez la main à votre chapeau : délibérément le collègue vous croise sans vous répondre. Demain ce sera bien autre chose ; les petites vilenies se feront jour. On

Coup de chaleur et coup de soleil.

M. le Dr *Moussoir*, médecin de 1re classe, publie dans les *Archives de Médecine Navale* de très intéressantes recherches sur le coup de chaleur et sur le coup de soleil. Le coup de chaleur, dit-il, est un état pathologique produit par l'action sur toute la surface du corps d'une température supérieure à 40 degrés, pendant un temps suffisamment prolongé.

Pour qu'il y ait coup de chaleur :

1° *Il faut une température élevée, quelle qu'en soit la source.*

2° *Il faut que le calorique agisse sur toute la surface du corps.*

3° *Il faut une température supérieure à 40 degrés.*

4° *Il faut que cette température agisse pendant un temps suffisamment prolongé.*

Il est évident que la durée d'application du calorique nécessaire pour produire le coup de chaleur, est en raison inverse de son intensité ; mais dans tous les cas, ce temps est relativement long, parce que la masse que représente le corps ne saurait être échauffée dans sa totalité en un instant.

C'est ainsi que l'on cite dans les ouvrages de physiologie des exemples de personnes ayant pu, sans accident. subir des températures excessives de 100 et même 110 degrés pendant une dizaine de minutes.

Lorsque, tout en restant supérieure à 40 degrés, la température est voisine de ce chiffre, l'organisme résiste beaucoup plus longtemps.

Le « coup de soleil » ou « insolation » est un état pathologique général produit par l'action sur le *crâne* d'une *radiation solaire* suffisamment intense et pendant un temps qui n'a pas besoin d'être prolongé. Pour qu'il y ait coup de soleil :

1° *Il n'est nullement besoin d'une température élevée, mais il faut de la radiation solaire.*

2° *Il faut que la radiation solaire agisse sur le crâne.*

3° *Il faut qu'elle soit intense.*

4° *Mais son application n'a pas besoin d'être prolongée.*

Le coup de soleil, comme le coup de chaleur, sont caractérisés par des symptômes qui, de toute évidence, sont l'expression d'un trouble fonctionnel des centres nerveux.

Le trouble des centres nerveux est produit par l'échauffement du sang qui les traverse.

Dans le coup de chaleur, cette hyperthermie sanguine est *toujours primitive à ses débuts*, où elle provient de l'échauffement de tout le corps par la chaleur extérieure. Elle devient ensuite secondaire à l'altération des centres de la thermogénèse qu'elle a causée et qu'elle entretient.

Dans le coup de soleil, cette hyperthermie sanguine, lorsqu'elle est constituée, se comporte de même vis-à-vis des centres de la thermogenèse ; mais elle est *à ses débuts toujours secondaire à leur altération*, par effet réflexe de la radiation solaire sur le cuir chevelu.

L'élément actif de la radiation solaire n'est ni son spectre calorifique, ni son spectre lumineux ; ce sont ses rayons chimiques.

Pour causer le coup de soleil proprement dit, les rayons chimiques ont besoin d'une certaine intensité qui n'est réalisable que sous les tropiques, lorsque le soleil est au zénith ou au voisinage de ce point.

Lorsqu'il s'en éloigne suffisamment, le coup de soleil grave instantané n'est plus possible.

On ne peut observer alors que la céphalée connue sous le nom de *petit coup de soleil*, à moins que la chaleur extérieure ne vienne ajouter ses effets à ceux de la radiation chimique, auquel cas on observe un état morbide aussi grave que le coup de chaleur ou le coup de soleil et tenant à la fois de ces deux maladies (*insolation, coup de chaleur*).

Les indications thérapeutiques qui découlent de tout ce que nous venons de dire sont :

Soustraire du calorique ;

En modérer la production en agissant sur les centres nerveux thermogènes ;

Provoquer le réveil de l'intelligence et de toutes les sensibilités.

---

ne se gêne plus : on visite les malades du jeune confrère derrière son dos ; c'est d'un œil dédaigneux qu'on parcourt la prescription qu'il vient de laisser. « Que voulez-vous, il n'a pas l'expérience », exprime-t-on avec un haussement d'épaules, cependant qu'on rédige une ordonnance appropriée cette fois au tempérament du malade qu'on connaît depuis vingt ans.

Vous voyez d'ici l'accueil que la famille réserve à votre visite. Vous ignorez le passage du vieux ; deux choses vous le révèlent : les visages de l'entourage et les fioles sur la table. Les visages sont contraints et les fioles pleines ; ce n'est pas vous qui les avez prescrites. Qui donc alors ? Vous le devinez. Il ne vous reste qu'à saluer, sur un mot correct, mais décisif, et à prendre la porte. Vos protestations ne serviraient qu'à compromettre davantage la cause.

Vous voilà, malgré vous, engagé dans la lutte. Comment y répondre ? En tout cas, nullement par des récriminations à l'adresse du confrère. Usez d'une autre tactique et engagez-vous simplement sur une voie où il sera fort empêché de vous suivre. Il ne travaille pas, travaillez ; il ne prend pas d'observations cliniques, recueillez les vôtres ; il n'a jamais concouru pour des récompenses académiques, lancez-vous hardiment et adressez des mémoires. Un prix, une médaille, cela fait bien dans le tableau. C'est une preuve de mérite pour vos partisans. Cela déconcerte vos ennemis. Le vieux confrère, à pareille riposte, ne se possède plus de rage. Il court de droite, de gauche, explique, gesticule, se multiplie. Après tout, qu'est-ce que cela prouve, une médaille ? Le malade n'a pas besoin de médecins qui obtiennent des médailles. Est-ce à l'aide de médailles qu'il est tiré de son lit ? J'indique le canevas : il laisse la partie belle au développement.

Le jeune confrère n'a qu'à ne pas s'émouvoir. Le gros du public ne se laissera guère prendre à la manœuvre. Il sera toujours difficile de rabaisser dans son estime le médecin qui travaille, et, pourvu que celui-ci ne soit ni trop rébarbatif d'abord, ni trop hésitant dans ses décisions, c'est encore vers lui qu'il se rendra le plus volontiers. — C. F.

(*Médecine Moderne.*)

Nous reproduisons l'opinion d'un médecin de l'ancienne génération ; la nouvelle a, elle aussi, des procédés qui ne sont pas excellents. On peut désirer que, de part et d'autre, on veuille inaugurer la véritable confraternité. N. de la R.

Pour cela, il faut pincer, flageller le malade, lui appliquer des sinapismes, l'interpeller vivement à chaque instant et d'une façon pressante, lui faire des piqûres d'éther et de caféine.

Pour soustraire du calorique au malade, il faut avoir recours à la glace, mélangée de deux fois son poids de sel marin.

A défaut de glace, on se servira de compresses imbibées d'eau alcoolisée, dont on activera l'évaporation par une ventilation énergique à l'aide d'éventails.

On ne craindra pas d'en asperger tout le corps du malade préalablement déshabillé et transporté, bien entendu, à l'ombre et à l'endroit le plus frais possible.

Pour refréner les centres nerveux thermogéniques, M. *Moussoir* conseille d'employer l'antipyrine, qui est l'antithermique nerveux par excellence.

Comment agit ce médicament ?

Il est peu antiputride, peu antifermentescible et ne diminue certainement pas l'activité cellulaire, comme le fait la quinine, puisque à l'inverse de cet alcaloïde, non seulement il ne modifie pas l'excrétion de l'urée, mais encore il augmente la quantité d'acide urique et élève même la chaleur centrale chez le sujet sain.

Par conséquent si, dans le cas d'hyperthermie par lésion cérébrale, il abaisse la température, c'est par l'intermédiaire du système nerveux central, c'est-à-dire des organes de la régulation thermique, qui siègent dans le cerveau.

L'antipyrine doit atténuer l'excitation nerveuse centrale produite par la cause qui provoque la fièvre, comme elle calme les névralgies, autre preuve de son action regulatrice sur le système nerveux.

Dans le coup de chaleur ou de soleil, nous n'avons pas à combattre d'élément parasitaire, comme dans le paludisme ; nous ne recherchons pas non plus d'effet antiputride, ni antifermentescible ; ce qu'il nous faut, c'est diminuer l'excitation nerveuse réflexe, qui produit la fièvre, et l'antipyrine remplit certainement mieux ce but que la quinine, que l'on a toujours continué à employer par habitude.

Le mode d'administration à préférer, dans ces cas, est certainement l'injection hypodermique, à cause de l'urgence.

L'absorption de l'antipyrine par l'estomac, bien qu'assez rapide, peut en effet se trouver retardée par l'état de réplétion actuelle de ce viscère, ou même par l'état morbide.

L'administration de l'antipyrine par la voie hypodermique, est en usage surtout chez les ophthalmologistes, qui s'en servent contre les atrophies du nerf optique, les tics douloureux de la face et les névralgies oculaires ne reconnaissant pas pour cause une suppuration grave de l'œil.

Voici une formule empruntée à l'un d'eux (Grandclément, *Annales d'oculistique*, 1890) :

Antipyrine	4 gr. 00
Chlorhydrate de cocaïne	0 03
Eau distillée	10 00

Dose : 2 à 3 seringues de Pravaz.

Ces injections doivent être pratiquées en plein muscle, à la fesse ou le long du rachis, dans la région dorsale ou lombaire. On doit se servir d'aiguilles en platine iridié. L'antisepsie doit être rigoureuse. (Lavage de la peau avec une solution de sublimé à 1/1000 après savonnage de la région. Flambage de l'aiguille.)

Il existe un autre moyen, plus énergique encore, d'abaisser la température par effet réflexe sur le système nerveux. Ce sont les badigeonnages de la peau, sur une petite étendue, avec le gaïacol. Malheureusement il est difficile d'en graduer l'action, et l'on dépasse quelquefois le but : l'hyperthermie fait alors place à l'hypothermie avec collapsus cardiaque.

Ce n'est par conséquent une médication à essayer qu'avec beaucoup de réserve.

De même nature et moins dangereuses toutefois, sont les frictions avec l'alcool créosoté à 1/10, qui ont été employées avec avantage dans la pneumonie, pour abaisser la température, mais toujours avec quelques risques.

L'antipyrine est au contraire un médicament très maniable et sans danger. Elle a en outre le gros avantage de donner, avec les produits de désassimilation dus à la fièvre, des produits de substitution ou de combinaison facilement éliminables.

C'est ainsi, par exemple, qu'elle s'unit aux acides amido-acétiques fabriqués en excès par la fièvre et les entraîne hors de l'organisme par les sueurs et les urines.

Ce résultat est très utile ; car ces acides, en diminuant l'alcalescence du sang, contribuent à entretenir avec l'hyperthermie, les troubles du système nerveux.

La colique des électriciens.

M. le Dr Talamon signale, dans la *Médecine moderne*, une nouvelle forme de la colique de plomb, qu'il a constatée chez les électriciens et qu'il nomme colique des électriciens.

Ces « électriciens » sont les ouvriers qui chargent et qui fabriquent les accumulateurs. Le développement qu'a pris l'industrie électrique a créé là une nouvelle cause d'intoxication saturnine, qu'il paraît difficile de prévenir. Pour les chargeurs d'accumulateurs, on a prescrit le port de gants de caoutchouc. Mais pour ceux qui font les accumulateurs, pour les « malaxeurs », comme on les appelle, la prophylaxie n'est pas aisée. Les ouvriers doivent, en effet, étendre sur les plaques de plomb le minium et la litharge, avec la paume de la main. Il leur est bien recommandé de se laver souvent les mains, toutes les demi-heures, nous disait un de nos malades. Mais comment espérer que l'insouciance habituelle de l'ouvrier se prête à une pareille sujétion ? Et puis, même en supposant la mesure observée, le travail de malaxation, véritable « friction saturnine », ne suffit-il pas pour l'absorption d'une quantité considérable de plomb ?

Ce qui est certain, c'est que la « colique des électriciens » se distingue des autres coliques de plomb :

1° Par la précocité ;
2° Par l'intensité ;
3° Par la fréquence des crises.

Chez les peintres, en général, la première attaque de coliques ne survient qu'après plusieurs années de métier. Chez les électriciens, elle se produit d'ordinaire dès le premier mois.

L'acuité de l'intoxication préservera peut-être les malaxeurs des lésions qu'on observe si fréquemment chez les peintres et les typographes soumis à l'empoisonnement lent par le plomb, la goutte et le petit rein contracté. Mais elle les expose aux accidents brusques et redoutables que Grisolle et Tanquerel des Planches, décrivaient jadis chez les fabricants de céruse et de minium, l'épilepsie, le délire, le coma, l'amaurose saturnine, que l'on ne rencontre plus guère aujourd'hui, grâce aux progrès de l'hygiène, mais que nous pourrions bien revoir chez les fabricants d'accumulateurs.

Quant aux « chargeurs d'accumulateurs », ils sont plutôt exposés aux conséquences de l'imprégnation lente par le plomb, à la manière des typographes, des plombiers et des étameurs.

Dans un récent rapport adressé au préfet de police, M. Armand Gautier estime à 30.000 le nombre des ouvriers parisiens soumis, sous une forme ou sous une autre, aux dangers de l'intoxication saturnine. A la suite des mesures prophylactiques prises en 1881, le chiffre des malades admis dans les hôpitaux pour affections relevant du saturnisme avait d'abord diminué de plus d'un cinquième. Mais, peu à peu, ce chiffre s'est relevé et n'a pas cessé de croître, lentement il est vrai, mais régulièrement. La gravité des cas a paru suivre aussi la même marche progressivement croissante.

De 1877 à 1880, sur 552 malades, on ne comptait que 5 décès. De 1887 à 1889, sur 248 malades, on a compté 16 morts ; de 1890 à 1893, 15 sur 302 ; de 1894 à 1898, 17 sur 314.

Il n'est pas douteux que, si l'on n'y prend garde, ces chiffres ne s'élèvent encore, par l'appoint qu'apportent, au saturnisme, les progrès quotidiens de l'industrie électrique.

L'orthoforme.

D'après M. *Bardet*, l'orthoforme est un bon médicament à employer pour calmer les fissures douloureuses du mamelon ; mais, à l'état de poudre, il n'agit pas toujours très bien ; il est nécessaire de l'employer à l'état de solution.

Orthoforme..............	5 gr.
Ether sulfurique.........	Q. S.
Huile d'amandes douces..	20 gr.

Si on a soin de laver le sein avant chaque tétée avec de l'eau alcoolisée au 1/5, on supprimera toute possibilité d'intoxication pour le nourrisson.

L'orthoforme est également très utile contre les douleurs provoquées par les hémorrhoïdes sèches excoriées, ou par les fissures anales. On obtient le maximum d'effet en employant une vessie à couleur adaptée à une canule ; la vessie est remplie de la pommade suivante, dont la formule a été indiquée par M. Lutz :

Oxyde de zinc...........	} àà 20 gr.
Huile d'amandes douces.	} àà 20 gr.
Cérat blanc.............	} àà 20 gr.
Baume du Pérou.........	X gouttes.
Orthoforme.............	10 gr.

On introduit la canule dans le rectum et, revenant en arrière, on couvre de la pommade toute la région.

On se trouvera très bien aussi d'appliquer, par insufflation, un mélange à parties égales d'orthoforme et d'iodoforme.

La levure de bière contre les orgeolets palpébraux.

M. le Dr *Albert Terson*, de Paris, conseille, dans la *Clinique ophtalmologique*, d'employer la levure de bière contre les orgeolets des paupières. « On sait, dit-il, combien l'orgeolet à répétition donne d'ennuis au malade et combien peu les moyens thérapeutiques locaux méritent de confiance pour provoquer l'abortion de l'orgeolet. Il a suffi, dans plusieurs de nos cas (6 sur 10) au sujet atteint, de prendre la levure à dose élevée, dès qu'il ressentait la sensation mordicante et le point douloureux fixe, bien connu des intéressés, pour voir dès le lendemain le gonflement diminuer et l'orgeolet se résoudre purement et simplement, avec un amortissement considérable de douleurs. Dans les cas où l'abortion n'a pas été obtenue, les douleurs ont été quand même rapidement affaiblies et on pouvait malaxer la paupière déjà atteinte du foyer jaunâtre, indiquant l'ouverture spontanée prochaine, sans déterminer la vive douleur habituelle.

Dans un cas de *phlegmon lacrymal*, l'usage intensif de la levure de bière a aussi coïncidé avec un affaissement rapide de l'inflammation et des douleurs. Là aussi, la maladie s'est terminée par résolution. Mais nous ne pouvons affirmer d'une manière absolue que cela est dû à la levure, quoiqu'elle ne paraisse point avoir été inutile. Il en serait peut-être de même, dans une foule d'infections palpébrales et oculaires (ulcères graves, panophthalmie au début), et il n'y a rien qui empêche d'essayer ce moyen, puisqu'il peut se combiner avec tous les autres déjà mis en usage.

Il faut employer, si l'on n'a pas de levure fraîche, de gros *cachets* de levure sèche. Ces cachets, de 1 gr. 50 chacun, doivent être pris, trois à six par jour, avant les repas. L'odeur si particulièrement désagréable, le goût spécial et la couleur singulière de la levure sèche, délayée dans de l'eau, font préférer la forme de cachets, sans cela, on peut être assuré que bien des malades seront rebutés d'emblée par les étranges propriétés physiques du médicament simplement délayé et ne se soigneront pas avec la régularité désirable.

Malgré un usage prolongé pendant plusieurs semaines, on n'a obtenu aucun résultat appréciable sur de *petits chalazions* peu opérables ou dont l'opération était refusée par le malade. De même dans un cas *d'acné* meibomienne *hypertrophique*, l'emploi rigoureux de la levure n'a pas empêché d'avoir recours, plus d'un mois après, à l'opération que la malade redoutait.

Incompatibilité de certains médicaments.

L'*iodure de potassium* et l'*onguent mercuriel* ne doivent pas être prescrits dans une même pommade ; il se fait, pendant la trituration, des iodures mercureux susceptibles d'amener un érythème et même de la vésication.

L'*eau chloroformée saturée* et une solution de *chlorhydrate de cocaïne*, ne peuvent entrer dans une même préparation ; le chloroforme est moins soluble dans l'eau contenant de la cocaïne que

dans l'eau ordinaire ; il se précipite en fines gouttelettes. Pour remédier à cet inconvénient, on peut : soit étendre l'eau chloroformée de 40 p. 100 d'eau, soit y ajouter 1 p. 100 d'acide citrique ou 5 p. 100 d'alcool.

(*Mausier*, in *Revue de Normandie.*)

CLINIQUE OCULAIRE

L'attaque de glaucome aigu,

Par M. le Dr A. Trousseau,
Médecin de la Clinique des Quinze-Vingts.

Le glaucome aigu saisit le plus souvent le sujet au milieu d'une santé oculaire excellente. C'est à peine, si les jours, qui ont précédé l'éclosion du mal, il s'est plaint de quelques troubles visuels passagers : obnubilation, irisations des auréoles lumineuses autour des flammes, vagues douleurs péri-orbitaires, névralgies migraineuses. Puis, tout d'un coup, la nuit dans la plupart des cas, le malade est saisi d'une violente douleur siégeant au niveau de l'œil et au pourtour de l'orbite ; cette douleur est souvent atroce, s'accompagne de vertiges, de vomissements et est exagérée par la palpation du globe oculaire. Vient-on à examiner l'œil, on remarque vite que celui-ci est injecté, larmoyant, que la cornée, terne et insensible, est parfois entourée d'un bourrelet chémotique ; que la chambre antérieure est effacée en même temps que l'iris est estompé et la pupille largement dilatée. Le fond de l'œil est inéclairable, la vision abolie ou très réduite, la tension intraoculaire très élevée.

Dans certains cas, tous ces symptômes sont atténués, mais l'injection périkératique, la dilatation pupillaire et surtout la dureté du globe sont des signes immuables, qui donnent au glaucome sa physionomie particulière et l'empêchent d'être confondu, par un observateur soigneux, avec toute autre affection.

Je ne saurais trop insister sur l'importance du diagnostic hâtif et précis de l'attaque glaucomateuse, car de ce diagnostic dépend la perte ou la conservation de l'œil. Il est bien rarement posé par les médecins non spécialistes et on ne compte plus les désastres amenés par une erreur, qui fait prendre le glaucome pour des troubles cérébraux, une simple névralgie, une conjonctivite, une kératite, et surtout une iritis. Cette petite note aura rempli son but, si elle évite à quelques confrères de graves déboires.

Pour ne pas croire à des troubles cérébraux ou à une névralgie, il suffit de *penser à l'œil* et de l'examiner. Une simple névralgie peut amener de la rougeur de l'œil, mais ne cause aucune irritation définie des membranes ; une conjonctivite n'est pas douloureuse, n'augmente pas la tension, ne modifie ni la cornée, ni l'iris, ni les milieux ; une kératite s'accompagne de lésions précises de la cornée, sans dilatation de la pupille.

Le diagnostic entre l'iritis et le glaucome n'est pas toujours facile et est d'une importance capitale, car une prescription de collyre à l'atropine, si utile dans l'iritis, peut être fatale dans le glaucome.

Qu'on n'oublie jamais que l'atropine est, dans ce dernier cas, un médicament des plus dangereux, auquel peut être imputable la perte définitive de la vision, puisque ce médicament élève la tension intra-oculaire et que dans le glaucome il faut à tout prix l'abaisser, par l'emploi des collyres myotiques : ésérine et pilocarpine.

Il y a certainement des symptômes communs à l'iritis et au glaucome : les douleurs d'abord, mais bien plus violentes dans le glaucome ; la rougeur de l'œil et les troubles de la chambre antérieure, qui peuvent être semblables dans les deux affections ; en se rappelant que la cornée n'est jamais anesthésiée dans l'iritis, on peut se mettre sur la voie du diagnostic, en explorant la sensibilité de cette membrane ; mais celui-ci devient *facile* si on se rappelle que le glaucome se distingue nettement de l'iritis par deux symptômes majeurs, à savoir : la dilatation de la pupille et la dureté du globe oculaire.

Dans tous les cas embarrassants, on tachera de se remémorer la formule suivante : *toutes les fois qu'un œil est rouge et que la pupille est dilatée, il faut songer au glaucome.*

Le diagnostic glaucome aigu s'imposant, qu'y a-t-il à faire ?

Plusieurs indications doivent être remplis :

1° *Arrêter les progrès du mal*, et pour cela instiller 5 à 6 fois par jour, 1 à 2 gouttes chaque fois, de l'un des collyres myotiques et abaisseurs de la tension intraoculaire, que voici :

Eau.................. 5 grammes.
Salicylate d'ésérine.. 0, 05 cent.

ou bien :

Eau.................. 5 grammes.
Nitrate de pilocarpine 0,10 cent.

Les instillations doivent être d'autant plus répétées que la pupille tarde plus à se contracter et la dureté du globe à diminuer. La production rapide du myosis est un signe favorable.

2° *Calmer la douleur* par l'emploi de l'antipyrine et surtout du sulfate ou du bromhydrate de quinine à haute dose, auxquels on ajoutera parfois l'injection de morphine.

3° *Assurer le sommeil* par le bromure de potassium, le chloral, le bromidia, qui semblent ici préférables aux autres hypnotiques.

4° *Guérir le glaucome*, en pratiquant le plus vite possible une large iridectomie bien périphérique. Cette opération est excellente à condition qu'elle puisse être faite dès le début du mal. Malheureusement, les malades ne se décident pas toujours assez vite. Le médecin doit user de toute son autorité pour les convaincre, assuré qu'il est de leur rendre un service immense.

CLINIQUE RHINOLOGIQUE

Fissures des narines et leur traitement.

Cette affection, légère et bénigne en elle-même, joue cependant, en pathologie, un rôle important qu'il est quelquefois bien utile de connaître.

Son intérêt, disons-le immédiatement, est lié aux sérieuses complications, dont elle devient, dans certaines circonstances, le point de départ.

Ces fissures constituent, en effet, une porte largement ouverte à l'infection microbienne extérieure, précisément dans un point de l'orga-

nisme tout particulièrement exposé aux poussières et aux contacts inoculateurs. La flore bactérienne pathogène peut y élire domicile et s'y développer : le streptocoque, en particulier, y traduit assez souvent sa présence par des troubles graves, tels que l'érisypèle de la face, par exemple.

* * *

Les fissures des narines sont des sortes de gerçures qui prennent fréquemment naissance aux angles des narines. Leur siège de prédilection est l'angle postérieur, à la jonction de l'aile du nez avec la lèvre supérieure.

Elles s'y montrent sous l'aspect de solutions de continuité faciles à reconnaître, de quelques millimètres de longueur, d'une profondeur moyenne d'un millimètre, rarement plus. Leur surface est rosée ou grise et légèrement suintante.

D'autres fois, les fissures apparaissent à l'angle antérieur, au point où l'aile nasale se soude à la cloison cartilagineuse. A cet endroit, la gerçure est plus sèche, elle se recouvre volontiers de croûtelettes et affecte la forme d'une coupure.

Dans l'un et l'autre cas, les symptômes fonctionnels sont assez légers et se réduisent à une sensation désagréable de cuisson, parfois de démangeaison, qui incitent le malade à y porter les doigts.

Ces fissures se développent facilement au cours des lésions inflammatoires des fosses nasales et plus particulièrement des coryzas et sinusites purulentes chroniques.

Sous l'influence du pus et des sécrétions acres venues de la pituitaire, la peau des narines s'irrite, se congestionne, s'enflamme et il en résulte souvent la formation d'une fissure. Dans bien des circonstances, également, on peut noter l'action étiologique du froid sec ou humide, dans la création ou l'entretien de ces gerçures des narines.

Quoi qu'il en soit, une fois créées, les fissures des narines ont peu de tendance à la cicatrisation et il n'est pas rare — les lésions de la pituitaire et le froid aidant — de voir cette petite affection durer un temps considérable et fatiguer le malade par sa ténacité et les nombreux désagréments qu'elle entraîne.

D'autres fois, comme nous l'avons dit précédemment, elle prend une importance tout à fait spéciale, en provoquant l'éclosion d'une lymphangite ou d'un érisypèle.

La fissure, en effet, inoculée par les poussières ou le contact du doigt, devient alors le point de départ d'une infection parfois très grave. Sa persistance, d'ailleurs, peut causer également la répétition des érisypèles de la face et expliquer ce fait bien connu en pathologie

Il est donc nécessaire de connaître cette étiologie spéciale des érisypèles et autres infections de la face en général, pour pouvoir y remédier et en prévenir le retour par une médication appropriée.

* * *

Quel traitement convient-il d'opposer aux fissures des narines ?

Comment peut-on parvenir à faire cicatriser ces petites ulcérations ?

Tout d'abord il faut tenir compte des notions étiologiques au milieu desquelles cette affection débute et se perpétue.

Il est bon, autant que possible, d'examiner, en premier lieu, les cavités nasales et de rechercher avec soin les sources de l'écoulement irritant du nez.

En tarissant celui-ci, on agira avec avantage, évidemment, sur la gerçure.

Il est utile également de recommander au malade d'éviter le contact prolongé de cet écoulement avec les narines, de manière à ce que celles-ci soient aussi sèches et aussi peu humidifiées que possible. Un mouchoir bien sec, dans le cas particulier, n'est certainement pas le plus mauvais des remèdes.

Quant au traitement médicinal proprement dit, il comprend l'emploi de pommades, de badigeonnages et de cautérisations appliquees par le malade, ou faites par le médecin lui-même.

Parmi les pommades, une de celles qui m'ont toujours procuré, en semblable circonstance, de bons effets, est la vaseline iodolée, ainsi prescrite :

Vaseline...............	20 gr.
Iodol...................	1 gr.

Matin et soir, enduire les parties, avec gros comme un pois de cette pommade.

Cette préparation agit, d'une part, comme corps gras protecteur de l'humidité et, de l'autre, comme médication par l'iodol.

Il convient de joindre à l'usage des pommades, des cautérisations et attouchements, faits, tous les deux ou trois jours, avec un tampon d'ouate que l'on imbibe d'une solution astringente ou modificatrice et que l'on applique pendant quelques instants directement sur la gerçure.

Entre toutes les préparations préconisées dans ce but, la plus simple, la plus avantageuse est encore la solution de nitrate d'argent au 1/20e.

Quatre ou cinq badigeonnages bien faits avec le nitrate d'argent, à cette dose, viennent souvent à bout de gerçures fort rebelles et qu'il n'est pas inutile de savoir faire disparaître à temps.

Dr P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La Participation et l'assurance des médecins

Un grand nombre de nos confrères ont eu l'heureuse idée de s'adresser à « la Participation » pour lui demander de leur consentir des contrats d'assurance individuelle.

L'assurance individuelle est celle qui — comme son nom l'indique, garantit l'individu contre *tous les risques d'accidents* dont il est journellement menacé. Elle est le complément naturel de l'assurance sur la vie, qu'elle remplace souvent.

L'assurance sur la vie est souvent fort chère et ne produit un capital qu'en cas de décès ou après des versements nombreux. En outre, un accident qui entrave le travail, ne dis-

pense pas du paiement des primes, d'où une gêne possible.

L'assurance individuelle, au contraire, garantit, pour une somme très minime :

1° Un capital en cas de mort aux héritiers désignés.

2° Un capital, en cas d'invalidité permanente totale ou partielle.

3° Une indemnité journalière, en cas d'incapacité temporaire de travail, et ceci pendant deux cents jours.

Il va sans dire que l'un, ou même deux des trois cas, peuvent être supprimés par les contractants.

Les assurés sur la vie, notamment, suppriment quelquefois l'indemnité versée en cas de mort, tandis que le versement de l'indemnité d'invalidité temporaire peut aider au paiement de la prime d'assurance sur la vie.

Voici un exemple des capitaux assurés, par rapport aux cotisations demandées, par « la Participation, aux médecins :

1° En cas de décès, 20.000 pour 18 fr.

2° Invalidité permanente totale, 20.000 pour 18 fr.

3° Incapacité temporaire 10 fr. par jour pour 18 fr.

Soit pour l'assurance totale 54 fr.

Or « la Participation » ne percevant que 85 % de ses cotisations, il s'agit donc d'un versement annuel de 45 fr. 90 centimes.

Il va sans dire que les contrats de la Participation sont, dans leur essence même, d'une libéralité absolue. Ils garantissent — ce qui est intéressant pour nous — les piqûres anatomiques et laissent au sociétaire la faculté d'exercer lui-même un recours contre l'auteur responsable de l'accident.

Une centaine de médecins ont déjà souscrit des contrats à cette société, dont ils ont apprécié le fonctionnement de très près, et nous jugeons qu'agir de la sorte, est faire acte d'une sage prévoyance que nous avons cru de notre devoir de recommander.

La revendication énergique de nos droits.

M. le Dr E. Lacaille, assistant de la clinique de l'Hôtel-Dieu, membre du Concours médical, faisait, le 14 décembre dernier, à la Société médicale du IXe arrondissement, la communication suivante qui obtenait approbation unanime, et ne peut que trouver bon accueil chez nos lecteurs, depuis longtemps imbus des mêmes principes :

« Depuis une dizaine d'années au moins, les médecins se plaignent (et cela de plus en plus) de la difficulté qu'ils ont à gagner leur vie ; et leurs plaintes ne sont malheureusement que trop justifiées.

Cela tient manifestement à plusieurs causes principales trop connues : l'encombrement de la profession d'une part et de l'autre la diminution des maladies, par suite des progrès de l'hygiène, progrès auxquels tout le corps médical a travaillé avec un louable désintéressement.

Disons, en passant, qu'il est une troisième cause, que les médecins eux-mêmes entretiennent : ils s'entourent beaucoup trop d'aides extra-médicaux, au lieu d'utiliser les bonnes volontés de leurs confrères débutants.

Rarement le médecin consent à appliquer lui-même les ventouses, à pratiquer certains massages, à revenir faire, le soir, un lavage de vessie ou une injection de morphine, et il confie ces soins la plupart du temps à des infirmiers plus ou moins instruits. Pourquoi le médecin ne ferait-il pas tout par lui-même, ou, s'il n'en a pas le temps, n'enverrait-il pas à sa place un confrère plus jeune et moins occupé, une sorte de coadjuteur, dont il aurait au préalable éprouvé la loyauté.

Nous abandonnons beaucoup trop de notre patrimoine en dehors de la famille médicale. Est-ce dû à l'*invidia medicorum* ou à un travers d'esprit particulier ? je ne sais, mais j'entendais, ces jours derniers, un fabricant d'électricité raconter avec étonnement que souvent des médecins lui demandaient l'adresse d'un radiographe *non* docteur en médecine. Et pour combien de choses n'en est-il pas ainsi ? Mais c'est là une digression que vous voudrez bien excuser, et je reviens à mes deux autres causes de la difficulté de vie des médecins à notre époque : la diminution des maladies et l'augmentation du nombre des médecins.

Ces derniers, d'ailleurs, ne se recrutent pas seulement dans notre patrie, car depuis six ou huit ans le nombre des praticiens d'origine étrangère s'est décuplé en France.

Justement émue de ce triste état de choses, notre Société a fait déjà plusieurs efforts pour y remédier.

L'élément étranger ayant atteint, à Paris, un sixième du total des médecins, vous avez ces années dernières provoqué un mouvement général parmi nos confrères dans un but de défense commune, contre cette invasion d'un nouveau genre.

Malgré l'esprit généreux et largement hospitalier de notre race, il nous a fallu prendre cette détermination qui n'avait rien que de très équitable.

Que demandions-nous, en effet ? Une seule chose : le même traitement pour nos nationaux et pour les étrangers : par conséquent, la suppression des faveurs et passe-droits, à l'aide desquels nos nouveaux concurrents arrivaient à s'installer trop facilement parmi nous, alors qu'ils ne savaient que très mal parler le français.

On nous a promis ce que nous demandions ; espérons que ces promesses ne resteront pas sans effet, malgré l'article si commode des « par exception ou faveur spéciale ».

Mais, en attendant que le nombre des concurrents diminue, ne serait-il pas possible d'augmenter, au contraire, le nombre proportionnel de nos clients ?

Vous pensez bien, Messieurs, que je ne vais pas vous proposer ici l'expédient de laboratoire prêté aux *Morticoles*, dans le triste ouvrage que vous connaissez. Il y a d'autres moyens dont quelques-uns ont été déjà employés par les Syndicats. Ils ont fait certaines démarches utiles pour empêcher nos clients aisés et même riches, de s'égarer sans pudeur aucune dans les établissements de traitement gratuits, publics ou privés, uniquement destinés aux nécessiteux. Mais il y a plus à faire encore, et ce ne sont pas les médecins des établissements gratuits qui enlèvent le plus de clients à leurs confrères de la ville.

Ouvrez les journaux politiques, regardez les affiches dans les rues et examinez les réclames qu'y mettent les extra-médecins.

Avez-vous, en effet, jamais réfléchi au nombre considérable de clients qui nous sont enlevés chaque jour par les soi-disant guérisseurs qui n'ont d'autre diplôme que ceux que leur délivrent malheureusement les différentes sociétés patriotiques comme les Dames françaises, les Femmes de France, etc.

Ceux-là s'entendent à merveille à passer à travers les mailles de la nouvelle loi, mailles beaucoup trop lâches pour les charlatans et trop serrées pour les vrais médecins.

Car, tandis que les juges condamneront sans pitié un étudiant qui exercera muni de tous ses examens (la thèse exceptée) et le fait s'est passé plusieurs fois, ces mêmes juges réserveront des trésors d'indulgence pour les masseurs ou rebouteurs auxquels du reste ils se confient quelquefois.

Ne voit-on pas aussi se fonder chaque jour des *Instituts* qui envoient, sans se gêner aucunement, des prospectus à toute une région, prospectus sur lesquels ils promettent la guérison de toutes les maladies par le massage, l'hydrothérapie, la cinésie, la chaleur, l'électricité, la lumière, en un mot, par tous les agents physiques.

Comme les auteurs de ces prospectus ne sont pas docteurs, ils ont soin d'ajouter qu'ils appliquent les traitements sous votre direction ; comme si vous deviez avoir le temps d'aller assister à leurs séances ! aussi, rassurez-vous, ils savent bien se passer de cette direction.

D'autre part, on soigne tout, dans ces Instituts, pour être bien sûr de faire recette.

Mais il n'y a pas que ceux-là qui vous fassent tort. Les anciens infirmiers civils et militaires envoient aussi de tous côtés des réclames au moyen desquelles ils annoncent la guérison de tout par le massage, l'électricité, etc., etc.

Il y a même des fabricants d'instruments d'électricité qui utilisent d'abord leurs produits pour soigner les malades.

J'en pourrais citer un qui, à côté de son laboratoire de radiographie, en a installé un autre pour le traitement non gratuit de la coqueluche par l'ozone et de la neurasthénie par l'électricité.

Or tous ces concurrents-là, vous enlèvent à vous tous, spécialistes ou non, un nombre considérable de malades de toutes classes, car, je vous le répète, ils soignent toutes les maladies sans exception. Il est vrai qu'ils n'utilisent pour cela que les agents physiques, la cinésie, l'électricité, etc., et qu'il semble y avoir une tolérance spéciale, qui permette à tout le monde d'appliquer ces traitements sans être pourvu du diplôme de docteur.

Mais, Messieurs, c'est là une interprétation fausse de la loi et c'est là ce qu'il faut soutenir.

Que dit-elle, en effet, cette loi : Nul ne peut exercer la médecine s'il n'est pourvu du diplôme de docteur en médecine délivré par une Faculté française.

Est réputé exercer illégalement la médecine, quiconque donne habituellement des soins suivis aux malades, s'il n'est pourvu du diplôme de docteur français.

Voilà ce que dit la loi.

Eh bien, n'exercent-ils pas la médecine, et illégalement, tous ces charlatans et soi-disant infirmiers et masseurs ?

Et puis, Messieurs, si cette loi ne suffit pas, si elle est mal faite, incomplète, pas assez explicite, il faut en poursuivre la réforme.

Certes, pour arriver à ce but, je ne vous conseillerai pas de faire valoir que vous n'avez plus assez de malades pour vivre, parce qu'ils nous sont enlevés par les extra-médicaux. Les représentants du peuple n'en auraient cure ; ce serait là le cadet de leurs soucis.

Mais, si vous venez leur démontrer qu'en laissant pratiquer tous ces gens plus ou moins ignorants et présomptueux, il y a un réel danger pour la santé publique et peut-être par conséquent la leur, à un moment donné.

Si vous venez, dis-je, leur démontrer qu'il y a un véritable danger à laisser de tels agents thérapeutiques entre les mains des gens inexpérimentés, ce résultat sera tout différent.

Et croyez, Messieurs, que je n'exagère pas en affirmant ce danger.

Pour ne vous en donner qu'une preuve et montrer, aux plus incrédules, la possibilité d'un tel risque à laisser appliquer l'électricité par exemple d'une façon intempestive et irrégulière, réfléchissez, je vous prie, à tout ce que vous devez savoir faire pour traiter scientifiquement un muscle atteint d'atrophie.

Tout d'abord, vous devez rechercher la cause de cette atrophie, puis examiner l'état des réactions électriques des nerfs correspondants et du muscle lui-même ; et, d'après le résultat de ces recherches, vous devez choisir entre le courant induit et le courant continu. (Je n'entre pas à dessein dans les détails.) Ceci fait, supposons que, vous trompant grossièrement, vous ayez choisi les courants induits, malgré la présence de la réaction de dégénérescence complète dans le muscle atrophié et son nerf. Que va-t-il se produire ? Fatalement vous allez provoquer de la contracture du muscle malade : beau résultat uniquement dû au manque de connaissances spéciales de l'opérateur. Mais je suppose, au contraire, que trouvant des réactions normales, il ait à bon droit choisi les courants induits. Ce n'est pas tout, car s'il choisit la bobine à fil fin et s'il électrise le muscle pendant 2 minutes, avec un courant interrompu, 200 fois environ à la minute, savez-vous quel sera encore le résultat ? Le muscle atrophié s'atrophiera encore davantage. Il fallait, vous le savez du reste, utiliser la bobine à gros fil, avec une interruption toutes les secondes au plus, et seulement pendant 15 secondes au maximum.

Vous pensez bien que les irréguliers, dont nous parlons, n'ont pas les connaissances techniques indispensables et qu'ils ne se gênent pas pour si peu.

Mais, enfin, me direz-vous, comme conclusion à ces doléances, que nous proposez-vous ?

Voici :

Tout d'abord je voudrais que nos Syndicats et nos Sociétés poursuivissent, au civil, tous ces malandrins de la médecine.

Il serait facile d'envoyer des huissiers se faire soigner chez eux et constater ensuite qu'ils y ont reçu des soins d'une façon régulière et continue.

Que si les juges ne les condamnaient pas, à cause des imperfections de la loi, imperfections bien démontrées par là même, les mêmes Syndicats et Sociétés devraient unir leurs efforts pour obtenir, à force de patience et d'insistance, que nos législateurs réforment cette loi. J'y voudrais faire introduire un article qui mettrait vite fin à cette exploitation scandaleuse des malades par les charlatans.

De même que la loi actuelle punit tous les gens qui prennent indûment le titre de docteur, de même je voudrais qu'elle punît aussi tous ceux qui, n'étant pas docteurs, annoncent qu'ils vont traiter des malades.

Le fait même, pour une sage-femme par exemple, de mettre « traitement des maladies des femmes » suffirait à exposer son auteur à une sévère répression.

Certes, Messieurs, je ne m'illusionne guère, et je suis convaincu que ce n'est pas immédiatement que nous obtiendrons ces réformes.

Mais si, des réunions des Syndicats provoquées par vous, se mettaient en tête de ce mouvement, chaque médecin dans sa localité s'emploierait à influencer ses représentants. Pendant ce temps, à Paris, une commission permanente, nommée par la réunion de toutes les Sociétés de médecine de la Seine, étudierait continuellement les moyens de parvenir à ce but et ferait au besoin toutes les démarches nécessaires.

Nous ne savons pas assez quelle serait notre force et notre influence, à nous médecins, si nous voulions une bonne fois nous unir dans un but bien déterminé. Aussi, bien que je pense que ce sera long et difficile, je suis convaincu qu'en y mettant de la patience et de la ténacité, nous arriverons certainement à ce que nous aurons fermement décidé.

N'avons-nous pas, d'ailleurs, le bon droit pour nous ? Pourquoi nous faire payer si cher notre monopole ? De deux choses l'une : ou l'exercice de la médecine doit être libre en France ou il ne doit pas l'être. S'il doit être libre, supprimez alors tous les diplômes que nous payons certes assez cher et

ne nous écrasez pas d'impôts et de patentes ; mais si vous voulez continuer à entourer la santé publique des garanties nécessaires, notre monopole nous coûte assez pour que vous le protégiez d'une manière efficace.

Ne craignons donc pas de revendiquer sans cesse et hardiment tout ce qui nous est dû et sachons enfin faire comprendre à qui de droit que le médecin, dans une société d'électeurs et d'éligibles, est une force qu'on doit craindre et respecter.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Tribunal de paix du XIIIe arrondissement de Paris.

AUDIENCE DU 22 DÉCEMBRE 1899.

Honoraires pour soins donnés dans le cas prévu au 2e paragraphe de l'article 4 de la loi sur les accidents. — « Attendu que l'article 4 de cette loi décide que les honoraires du médecin, choisi par la victime, seront fixés conformément au tarif adopté, dans chaque département, pour l'assistance médicale gratuite ; mais que ce tarif n'existe pas dans le département de la Seine, ainsi qu'il résulte d'une lettre du maire du treizième arrondissement, du 8 mai 1899, et d'une lettre du directeur de l'Assistance publique, du 5 juin 1899 ; qu'il convient alors de fixer le taux de la visite de ce médecin aux taux des visites des médecins pour la clientèle ouvrière, soit 3 francs par visite, et celui du certificat à 8 francs, d'après le décret rendu en exécution de la loi du 30 novembre 1892 ; qu'il a été fait à la victime deux visites et qu'il lui a été délivré un certificat ; qu'il est donc dû 14 francs de ce chef. »

Tribunal correctionnel de la Seine

AUDIENCE DU 28 NOVEMBRE 1899.

Exercice illégal.

Sur la plainte du Syndicat des médecins de la Seine, condamnation des époux Gerbaud à 500 fr. d'amende, avec les attendus suivants :

Le Tribunal,

Attendu qu'il est constant que les époux Gerbaud ont exercé illégalement la médecine en prescrivant et dirigeant le traitement de certaines maladies ;

Que notamment, en 1898, ils ont soigné une dame Fageau, de Saumur, pour un lupus au visage, dont ils lui avaient promis la guérison, moyennant le prix fixé à forfait à 500 francs ;

Que, pendant plusieurs mois, la dame Gerbaud a, chaque jour, frictionné le lupus avec de l'alcool à 90°, et qu'après avoir ainsi lavé la plaie, et l'avoir mise à nu, elle procédait à un massage, avec une pommade spéciale, dont la composition est restée inconnue ;

Que cet ensemble d'opérations constitue le traitement prévu par la loi, intéressant la santé et que les médecins seuls ont le droit d'ordonner;

Qu'il n'est pas indispensable de savoir, par l'analyse, la nature de la pommade employée ;

Qu'en admettant même, contre toute vraisemblance, qu'elle ne contienne aucun remède, ni substance médicamenteuse, l'usage habituel qui en a été fait, joint aux pratiques de friction à l'alcool, de lavage et de massage quotidiens, d'une plaie vive, n'en est pas moins une œuvre essentiellement médicale et interdite, par conséquent, aux personnes non diplômées ;

Attendu qu'il n'est pas démontré que le Dr Deliuon, attaché à l'établissement d'hydrothérapie des prévenus, ait vu la dame Fageau, et lui ait délivré des ordonnances ; que ce médecin a déclaré, à l'audience, qu'il ne se souvenait pas d'avoir examiné la plaignante et encore moins de lui avoir prescrit une pommade, dont la composition lui est inconnue ;

Que ce témoignage est confirmé par la dame Fageau, qui a déclaré qu'elle n'avait jamais vu ni rencontré le Dr Deliuon ; qu'elle s'en était remise à la prétendue expérience des époux Gerbaud, croyant à l'efficacité de leur traitement ;

Attendu qu'il est établi par la correspondance, que les prévenus ont continué de traiter la dame F... mère, après son retour à Saumur ;

Qu'ils lui ont envoyé notamment un pot de pommade, avec des instructions sur la manière de s'en servir ;

Que la participation du sieur Gerbaud aux pratiques de sa femme n'est pas douteuse ; qu'il se disait l'inventeur de la pommade ; qu'il était présent lorsque la dame F... est venue et a discuté avec elle les prix et les conditions de paiement ; qu'il a touché les 500 francs et a répondu par des prescriptions nouvelles à la dame F... qui lui signalait les progrès du mal.

Les prévenus ont interjeté appel.

Tribunal correctionnel de Sens

AUDIENCE DU 20 DÉCEMBRE 1899.

Exercice illégal.

Sur la plainte du Syndicat médical de Sens, condamnation de la veuve J. à 50 fr. d'amende et 4 mois d'emprisonnement, pour des pratiques analogues à celles mentionnées dans l'affaire ci-dessus, mais ayant entraîné de plus l'inculpation d'homicide par imprudence.

Tribunal correctionnel de Versailles

AUDIENCE DU 27 JANVIER 1900

Exercice illégal par un masseur.

Le tribunal,

Attendu que si le massage ne peut être considéré comme constituant un exercice illégal de la médecine, il devient cependant délictueux, lorsqu'il s'applique à des affections chirurgicales ;

Attendu que depuis moins de 3 ans, dans l'arrondissement de Versailles, D. a appliqué le massage à des affections chirurgicales, notamment en soignant le sieur S. pour une fracture à l'épaule et un déboîtement de la clavicule, le jeune S. pour une fracture de la jambe et le sieur D. pour une luxation de l'épaule ;

Attendu qu'au mois de décembre 1898, également dans l'arrondissement de Versailles, D. a exercé illégalement la médecine en soignant le sieur C. pour une fracture de la jambe ; que, de plus, il a occasionné une aggravation notable dans la blessure et dans l'infirmité du malade, par la maladresse de ses soins ;

Par ces motifs,

Condamné D. en 15 jours d'emprisonnement et 100 francs d'amende.

Le prévenu a interjeté appel.

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Société locale de X.

Physionomie exacte de la séance du 22 février 1900

Ceci s'est passé hier.

Une société locale avait été convoquée pour voter les statuts dont la rédaction a été préparée par le Conseil de l'Association générale.

Des *150* membres de la Société, tous informés du but de la réunion, tous ayant des moyens de communication faciles, pour effectuer leur déplacement, et aussi des notions sur la portée des résolutions à prendre..,24 étaient présents.

Le Président ouvre la discussion par un petit discours dont la substance tient en ces quelques mots :

« Messieurs, vous ne vouliez pas être membres « d'une Société de Secours Mutuels, constituée « suivant la formule donnée par la loi du 1er « avril 1898. Vous aviez chargé vos délégués de « le dire à l'assemblée générale du 7 janvier « 1900. Votre manifestation a été inutile. Ce jour-« là, en effet, une majorité disciplinée, obéissant « à des mises en demeure trop formelles, a dé-« crété que votre Société locale serait une Mu-« tuelle approuvée, comme le disent les pré-« sents statuts, ou bien qu'elle se mettrait au « ban de la famille, perdant tout recours sur la « fortune de celle-ci, à l'accroissement de laquelle « vous avez pris grande part, et tout droit sur « les économies passées, que vous avez mises à « la masse commune. Elle a décidé que vous fe-« riez, de vos ressources, un emploi toujours dé-« terminé d'avance, soumis au contrôle officiel ; « que, si vous désiriez continuer vos vieilles tra-« ditions de bienfaisance confraternelle, jusqu'à « l'égard de ceux de vos voisins (ou de leurs fa-« milles) qui sont devenus pauvres ou infirmes, « ou qui sont morts avant d'avoir été inscrits « sur nos listes, il ne fallait pas songer à le « faire avec le produit de la cotisation. Elle a « établi encore qu'au delà d'un âge que vous al-« lez déterminer, on n'entrerait plus chez nous, « et que, par conséquent, votre recrutement ne « se fera plus, désormais, parmi tels de nos vieux « amis qui ont négligé jusqu'ici de se faire ad-« mettre.

« La teneur des statuts se résume dans ce que « je viens de vous dire. Notre Conseil judiciaire « ici présent, et, d'autre part, la lettre du Minis-« tère de l'Intérieur, que j'ai sous les yeux, sont « d'accord à reconnaître que, si vous êtes bien « sages (pardon, je veux dire si vous êtes bien « obeissants et très respectueux de la rédaction « modèle, gratuitement mise à votre disposition), « cette petite brochure verte va devenir notre « Constitution. Elle recevra l'approbation offi-« cielle, dont nous avions tant besoin, paraît-il, « qu'auprès d'elle notre liberté et notre indépen-« dance sont choses négligeables.

« Il ne vous échappera pas que votre Bureau, « étroitement lié par des textes de loi, va voir « s'alléger beaucoup la tâche d'initiative qui lui « incombait. Entre nous, le Trésorier pourrait « tout faire, mais, puisque le projet de statuts « veut, sur ce point, conserver la tradition, nous « ne ferons pas, pour si peu, les mauvaises têtes.

« La plupart d'entre vous m'ont fait remar-« quer, hors séance, que telles et telles des pro-« messes faites par l'article 5 sont parfaitement « irréalisables. Tout le monde en est convaincu, « et c'est pourquoi les auteurs du projet vous « octroient la liberté grande de supprimer ces « passages.

« Si vous me demandez maintenant quelle est « la compensation énorme qui va nous être ac-« quise, en échange de notre souplesse, je vous « dirai : « Ne rêvez plus de subventions et de « bonification d'intérêts, car le Ministre se re-« fuse à tenir la parole de son subordonné mal « informé. On veut bien ne pas vous enlever le « droit de participer à d'autres Sociétés de pré-« voyance ; on veut bien ne pas modifier le chif-« fre des pensions ; c'est à considérer. Mais « surtout vous pourrez ester en justice, recevoir « des dons en legs *immobiliers* (si le Conseil « d'Etat vous y autorise), vous réunir, si le cœur « vous en dit, dans un local mis galamment à « votre disposition, par la municipalité du Siège « social, et prendre part à l'élection pour le « Conseil supérieur de la Mutualité ! ! »

« Tout cela ne paraît pas vous séduire beau-« coup plus que moi-même. Je le comprends « bien un peu. Mais alors que faire ? User de « mon dernier argument. Ne rompons pas le « lien qui nous rattache au sac de deux millions, « dont nous avons notre part. La situation ac-« tuelle n'est que transitoire et mauvaise. Une « législation nouvelle, qu'on eût pu peut-être « essayer d'attendre, nous permettra sans doute « une transformation meilleure et définitive. »

De longs soupirs de résignation accueillent le discours du sympathique et infortuné Président.

La lecture et la discussion des statuts (simple formalité) abaissent encore la température.

Un essai de banquet, entrepris par les plus courageux, la relève pour un instant, car on a cherché à s'étourdir et à oublier ; mais, au champagne, elle retombe au-dessous de zéro, lorsqu'un martyr du devoir et de la tradition porte la santé de *tout* l'Etat-major de l'Association générale.

Il est des coupes qu'on ne peut vider entièrement sans faire une éloquente grimace.

Eh bien ! les convives sont allés jusqu'au bout.

Qui disait donc que les médecins étaient ingouvernables ?

La séparation de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Haut-Rhin.

Belfort, 26 février 1900.

Mon cher Confrère,

Dans son assemblée générale d'hier, 25 février, notre Association a décidé à l'unanimité de cesser de faire partie de l'Association générale et de rester ce quelle était, comme Société libre.

La façon un peu cavalière, dont les Sociétés de province, et leurs propositions, ont été traitées par le Conseil général de l'Association en est cause, ainsi que la peur de trop de mutualité.

Veuillez agréer, etc....

Dr Bardy.

REPORTAGE MEDICAL

« *La Médicale* » (*Société d'assurances contre les accidents*). — Le corps médical belge vient de prouver, une fois de plus, son grand esprit de solidarité, en créant une œuvre de défense professionnelle du plus haut intérêt. Il n'a pas craint les épithètes malsonnantes de courtiers d'assurances, de rabaisseurs de la dignité médicale et d'autres encore, qui ont accueilli en France l'initiative du Dr Cézilly. Il a prêté, au contraire, tout son appui moral, des capitaux importants, pour opposer la solidarité à l'une des exploitations les plus révoltantes dont sont victimes les praticiens. Qu'on en juge par ces quelques lignes : Dans la Belgique entière, près *d'un millier de confrères*, soit un médecin sur trois, ont réuni, après trois mois de propagande, *un million deux cent mille francs*, pour créer « La Médi-

cale », Société coopérative, Compagnie d'assurances contre les accidents. Quel exemple, pour les médecins français, qui se noient dans des discussions stériles et ne font pas le moindre sacrifice pour résister à l'envahissement des collectivités et des puissantes Compagnies. H. G. (*Bulletin du Syndicat de la Seine.*)

Les Congrès de 1900. — Voici l'ordre dans lequel s'ouvriront, à Paris, les divers Congrès qui intéressent le médecin. En publiant ce tableau dès aujourd'hui, nous pensons être utiles à ceux qui seront obligés de prendre, de bonne heure, leurs dispositions, afin de pouvoir assister à ces réunions professionnelles.

1. — Congrès de *l'automobilisme*, le *9 juillet* ; président, M. Michel Levy, rue Spontini, 26 ; secrétaire général, M. Chasseloup-Laubat (comte de), avenue Kléber, 51.

2. — Congrès *d'homéopathie*, du *18 au 21 juillet* ; président, M. le docteur P. Jousset, boulevard Haussmann, 97 ; secrétaire général, M. le docteur Léon Simon, place Vendôme, 24.

3. — Congrès de *médecine professionnelle et de déontologie médicale* du *23 au 28 juillet* ; président, M. le docteur Lereboullet, rue de Lille, 44 ; secrétaire général, M. le docteur Glover, rue du Faubourg-Poisonnière, 37.

3 *bis*. — Congrès de la *presse médicale* ; président, M. le docteur Cornil, rue Saint-Guillaume, 19 ; secrétaire général, M. le docteur Blondel, rue de Castellane, 8, les 26, 27 et 28 juillet.

4. — Congrès *d'assistance publique et de bienfaisance privée* du *30 juillet au 5 août* ; président, M. Casimir-Perier, rue Nitot, 23 ; secrétaire général, M. le docteur Thulié, boulevard Beauséjour, 37.

5. — Congrès de *médecine*, du *2 au 9 août* ; président, M. le docteur Lannelongue, rue François 1er, 3 ; secrétaire général, M. le docteur Chauffard, rue de l'Ecole-de-Médecine, 21.

6. — Congrès de *dermatologie et de syphiligraphie*, du *2 au 9 août* ; président, M. le docteur Besnier, boulevard Malesherbes, 59 ; secrétaire général, M. le docteur Thibierge, rue de Surène, 7.

7. — Congrès des *sourds-muets*, du *6 au 8 août* ; présidents, MM. le docteur Ladreit de la Charrière, quai Malaquais, 3, et Dusuzeau, rue Pascal, 62, secrétaires généraux, MM. le docteur Martha, rue Fortuny, 32, et Gaillard, rue d'Alésia, 111 *ter*.

8. — Congrès *dentaire* du *8 au 14 août* ; président, M. Godon, boulevard Haussmann, 72 ; secrétaire général, M. Sauvez, rue de Saint-Pétersbourg, 17.

9. — Congrès de *pharmacie*, le *8 août* ; président, M. Planchon, avenue de l'Observatoire, 4 ; secrétaire général, M. Bourquelot, rue Stanislas, 12.

10. — Congrès *d'hygiène du 10 au 17 août* ; président, M. le docteur Brouardel, école de médecine ; secrétaire général, M. le docteur A.-J. Martin, rue Gay-Lussac, 3.

11. — Congrès de *l'hypnotisme*, du *12 au 15 août* ; président, M. le docteur J. Voisin, rue du Faubourg-Poissonnière, 58 ; secrétaire général, M. le docteur Bérillon, rue Taitbout, 14.

12. — Congrès de *psychologie* du *22 au 25 août* ; président, M. Ribot, rue des Ecoles, 25 ; secrétaire, M. le docteur Janet, rue Barbet-de-Jouy, 21.

Drame dans un hospice d'aliénés. — Sous ce titre, nous avions rapporté au n° 5 du journal l'acte d'un fou qui a mis en danger, pendant de longs jours, la vie de M. le Dr Devay, rédacteur en chef de *l'Echo Médical de Lyon*, et l'un des premiers membres de l'Association Amicale. Nous sommes heureux de dire aujourd'hui, d'après les nouvelles que nous adresse M. le Dr Pic, notre délégué du Rhône, que la période des grosses inquiétudes est passée et nous adressons nos meilleurs souhaits au convalescent, avec nos félicitations à M. le Dr Jaboulay dont l'intervention chirurgicale a sauvé notre confrère.

Société de Kinésithérapie. — Une nouvelle société médicale, la « Société de Kinésithérapie », vient de se fonder à Paris. Sa réunion de constitution a eu lieu, le vendredi 5 janvier 1900, en l'Hôtel des Sociétés savantes. Elle tiendra une réunion le dernier vendredi de chaque mois.

Président d'honneur : M. le PROFESSEUR MAREY, membre de l'Institut.

BUREAU POUR L'ANNÉE 1900 : *Président* : M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ; *Vice-Président* : M. Fernand LA GRANGE ; *Secrétaire général* : M. René MESNARD, membre du Concours, 54, rue La Bruyère ; *Trésorier* : M. TAPFER ; *Secrétaire des séances* : M. MARCHAIS.

Membre du comité d'administration : MM. DAGRON et FOURRIÈRE.

Les autres membres fondateurs de la Société sont : MM. BERNE (G.), BLOCH (G.), BRALANT, CAUTRU, FRÉTIN, GAUTIEZ, GEOFFROY SAINT-HILAIRE, SAISSET, VUILLEMIN (Ch.).

La radiographie devant l'Académie de médecine. — MM. Marcey, Lucas-Championnière, Berger et Richer viennent d'entretenir l'Académie de la variabilité des résultats fournis par plusieurs examens radiographiques des mêmes cas. D'après eux, les procédés mis en usage manqueraient de cette unité rationnelle dont la science a besoin, et il en résulterait, qu'à cette heure, la méthode serait souvent infidèle, comme la jurisprudence par rapport à la loi.

L'encombrement médical. — La Faculté de médecine de Paris, au cours de l'année 1898-1899 a donné le diplôme de docteur en médecine avec droit d'exercice en France, à 592 élèves ; elle a reçu 13 officiers de santé. On estime à 500 environ le nombre des docteurs sortant des Facultés de province. Nous sommes donc, pour le moment, à une production annuelle de 1100 médecins !!

En comptant très largement pour 17,000 médecins, une mortalité de 21 pour mille qui donne 357 décès ; d'où superproduction de 1,100 — 357 = 743 médecins qu'on diplome pour des postes qui n'existent pas !

Pendant ce temps, le gouvernement russe vient de prendre une mesure radicale pour enrayer le nombre sans cesse croissant des médecins :

Par un récent décret du ministre de l'Instruction, l'admission des étudiants de première année dans les diverses facultés de médecine de l'Empire est limitée à un chiffre déterminé.

Le nombre des étudiants est fixé à 250 pour l'Université de Moscou, à 200 pour Kiew, à 175 pour Charkow, à 150 pour Dorpat, à 100 pour Varsovie, à 120 pour Tomsk et à 100 pour Kasan.

Le nombre total des étudiants de première année dans toute l'étendue des Etats du Tsar ne devra donc pas dépasser 1,095.

Dans ce total ne sont pas compris les élèves de l'Académie médico-militaire de Saint-Pétersbourg, qui pourra recevoir 250 étudiants nouveaux.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4467. — M. le docteur COUDRAY, de Chartres (Eure-et-Loir), présenté par M. le docteur Lepage, de Paris.

N° 4468. — M. le docteur LEVRAT, de Lyon (Rhône), membre de l'Association des médecins du Rhône.

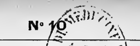
NECROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur MARC, de Nogent-sur-Vernisson (Loiret), membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 10 10 MARS 1900



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La révision des statuts des Sociétés de Secours mutuels.

La plupart des Sociétés de Secours mutuels se préoccupent, à cette heure, d'adapter leurs statuts aux exigences de la nouvelle loi.

C'est là une opération qui, dans nos campagnes, se fait un peu, au petit bonheur, livrée parfois à la compétence très limitée de tel ou tel membre du Bureau, fort insuffisamment documenté d'ailleurs.

De plus, suivant une habitude, dont on ne se départ pas facilement, Messieurs les mutualistes évitent, très soigneusement, de consulter les médecins dans la rédaction des statuts qui intéressent ceux-ci. C'est si simple d'arranger les choses au mieux de ses désirs, de faire passer par la préfecture, qui ne se mettra pas martel en tête pour exiger des modifications utiles, et de présenter ensuite au corps médical le fait accompli !

Une expérience personnelle vient de nous apprendre qu'il y avait là un gros danger à signaler à nos confrères.

La veille de l'Assemblée générale d'une Société, au service médical de laquelle nous appartenons, nous avons reçu le projet de Statuts qu'on devait voter le lendemain. Nos quatre confrères négligèrent d'en prendre connaissance. On avait introduit, à l'improviste, dans ce projet, sans nous consulter, des changements comme ceux-ci : « Admissibilité des femmes, honoraires pour opérations chirurgicales laissés « désormais à la charge des Sociétaires, limitation des médicaments à prescrire, contrôle « par les visiteurs de l'opportunité des visites « faites par le médecin, etc..., etc.... »

Nous nous rendîmes à l'Assemblée, après avoir prévenu le président de notre intention de faire modifier ou supprimer tels ou tels articles inacceptables pour le corps médical.

Après une discussion, qui dura deux heures et demie, nous avons obtenu, en demandant chaque fois le vote au bulletin secret, l'adoption de tous les amendements par nous proposés.

Pourquoi ce résultat ? Parce que l'intérêt du médecin, et celui du Sociétaire ouvrier, marchent toujours équitablement d'accord, contre les idées préconçues d'administrateurs, qui ne songent qu'à thésauriser, pour éblouir la masse par des bilans artificiellement beaux, et obtenus en détournant quelque peu les Sociétés de leur but.

Allez voir ces choses-là de près, chers confrères, et vous obtiendrez gain de cause dans vos réclamations faites à temps.

Cela vous évitera pour plus tard des conflits et des vexations, où vous n'auriez pas toujours le beau rôle, parce que vous aurez paru accepter ce qui se complota contre vous.

Le moment est venu de nous occuper de nos petites affaires, sans fausse honte, et en gens prévoyants.

Il vous arrivera même, comme à nous, d'obtenir, par surcroît de précaution, qu'un médecin assistera à toutes les réunions du Conseil..... pour empêcher celui-ci de commettre des erreurs techniques.

Ce n'est pas à dédaigner. H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Intolérance de l'oreille pour l'eau oxygénée.

D'après M. le *Dr A. Courtade*, l'eau oxygénée, bien qu'inoffensive dans la majorité des cas, peut parfois provoquer des troubles réflexes inquiétants pour les malades. Ces troubles consistent en malaises, nausées, poids épigastrique, diarrhée.

« Quelle est la pathogénie des accidents observés ?

« Il ne s'agit évidemment pas d'intoxication, puisque l'eau oxygénée n'est pas toxique et que M. Gallois a conseillé de prendre de l'eau dans laquelle on aurait ajouté 1 cuillère à bouche pour 1 litre, afin d'arrêter les vomissements ; en supposant que quelques gouttes soient dégluties, après avoir franchi les trompes d'Eustache, ce qui du reste n'a pas lieu, la dose ingérée est insuffisante pour provoquer des accidents.

« On sait que les injections froides peuvent donner lieu à des symptômes pénibles ; or la solution est ordinairement versée ou appliquée à la température ordinaire. Doit-on attribuer les symptômes observés à ce fait ? Nous ne le croyons pas davantage, puisque les solutions antiseptiques, instillées dans les mêmes conditions, sont sans effets fâcheux ; d'ailleurs, la simple application d'un tampon imbibé d'eau oxygénée peut suffire à provoquer le malaise.

« Faut-il incriminer l'acide sulfurique, phosphorique ou fluorhydrique que contient l'eau dans laquelle on fait dissoudre l'oxygène, afin d'en assurer la stabilité ? Il est probable que non, car la muqueuse de l'oreille moyenne supporte sans inconvénient des solutions bien plus acides ou caustiques que l'eau oxygénée ; du reste, les malades ne se plaignent d'aucune sensation de brûlure ou de cuisson, comme à la suite d'une cautérisation chimique.

« Nous croyons qu'on peut expliquer, de la façon suivante, la pathogénie des accidents observés ; au contact des liquides organiques l'eau oxygénée se décompose et laisse échapper l'oxygène gazeux qui vient se présenter à la surface libre sous forme de bulles de gaz, de mousse abondante, d'où sensation de bouillonnement accusée par les malades ; le liquide semble augmenter de volume, foisonne si on peut ainsi parler, et remplit les moindres sinuosités de la cavité ; c'est ce mouvement moléculaire tumultueux qui ébranle la chaîne des osselets ou seulement l'étrier quand celui-ci seul persiste, d'où étourdissement ou vertige comme cela se produit quand, avec un stylet, on touche la tête de l'étrier mise à nu, ou qu'on presse sur l'apophyse externe du manche du marteau. Ces symptômes labyrinthiques, suivant leur intensité ou l'impressionnabilité du sujet, peuvent s'accompagner de troubles réflexes, du côté du tube digestif.

« La possibilité de pareils accidents doit rendre prudent dans l'usage de l'eau oxygénée, pour le traitement des affections de l'oreille, quand on a affaire à des sujets très sensibles chez qui le moindre ébranlement, produit dans la caisse du tympan, fait naître des étourdissements passagers ». *(Société de médecine et de chirurgie pratiques. Journ. de méd. de Paris.)*

L'éther contre l'étranglement herniaire.

M. le Dr Ch. Fiessinger rapporte, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, qu'à plusieurs reprises, ainsi qu'à maint praticien, il lui est arrivé dans les premières heures d'un étranglement herniaire et alors que le taxis classique avait échoué, de réussir à l'aide de compresses d'éther appliquées sur le siège de la hernie. — Une lame de coton couvre le lieu du délit ; toutes les quatre minutes, on l'imbibe d'éther de manière à maintenir une impression permanente de froid sur la région douloureuse. — Au bout de 20 à 25 minutes de cette manœuvre, renouvelez la tentative du taxis ; parfois l'intestin se réduit avec une facilité surprenante. — On peut en outre pratiquer une injection sous-cutanée de morphine au niveau des parties étranglées. — Cette complication de technique n'est pas indispensable ; l'éther seul est suffisant ; qu'on ne s'y méprenne pas, il constitue, dans l'espèce, un agent curateur de premier ordre. — Des étranglements datant de près de 48 heures, peuvent être réduits grâce à son emploi, et cela, spontanément, sans le concours d'aucune tentative directe du taxis. *(Journ. de méd. et de chir. pratiques.)*

Un fait récent a montré à M. Fiessinger que ces applications pouvaient être prolongées utilement plus longtemps. Dans ce cas, en effet, datant de près de 48 heures, ces applications furent faites à tout hasard, en attendant que les préparatifs de l'opération fussent terminés. Elles duraient depuis 45 minutes, quand la malade, se trouvant extrêmement soulagée, on constata que la hernie avait disparu, sans qu'on y eût touché. Comme le taxis avait été fait, à plusieurs reprises, on pouvait craindre néanmoins des accidents, mais rien ne se produisit. Ces résultats indiquent que lorsqu'on voudra utiliser ce procédé, on fera bien de le prolonger, si besoin en est, pendant trois quarts d'heure ou même une heure.

Bains froids chez les enfants typhiques.

M. le Dr Glénard prescrit chez les enfants, des bains à 22 degrés de dix minutes avec affusion froide répétée trois fois, toutes les trois heures tant que la température rectale, prise avant le bain, atteint ou dépasse 39 degrés. Quand la température est entre 38 et 39 degrés, le bain sera donné d'autant de minutes de durée que le thermomètre marquera de fois deux dixièmes au-dessus de 38 degrés. Si le cœur est suspect, on donnera avant et après le bain une cuillerée de vin de Bordeaux ou de vin d'Espagne, suivant les cas ; s'il y a menace de collapsus l'affusion sera plus froide, le bain plus court, et l'on frictionnera, on massera l'enfant durant le bain, on le réchauffera après le bain ; on fera une injection d'éther si c'est nécessaire. Dans aucun cas, tant que la température avant le bain atteint 39 degrés, on ne suspendra l'usage de l'eau froide : chaque bain nouveau éloigne le danger du collapsus. Une fois revenu, ou, s'il est nécessaire, rapporté dans son lit, l'enfant ne doit pas être réchauffé (sauf le cas de collapsus), il pren-

dra son repas liquide de lait, potage de gruau, vermicelle, tapioca très cuits, farine lactée, céréalose, bouillon dégraissé, et vingt-cinq minutes après le bain, on prendra la température rectale pour se rendre compte de l'effet du bain (1). La fièvre typhoïde des enfants, lorsqu'elle est traitée par les médicaments seuls, a une mortalité de 15 p. 100 ; cette mortalité tombe à 2.5 % avec le traitement systématique par les bains froids. Elle est de 11 p. 100 avec un traitement mixte. La complication du collapsus chez les enfants n'a pas été observée par les médecins qui appliquent à la fièvre typhoïde le traitement systématique des bains froids, pas même par ceux qui traitent de la même manière la pneumonie infantile, maladie où pourtant le cœur est le plus menacé. La fièvre typhoïde des enfants, lorsqu'elle est traitée systématiquement par les bains froids, est une maladie très bénigne : elle n'est une maladie bénigne qu'à cette seule condition.

La position de Walcher.

Walcher a démontré l'influence sur les dimensions des bassins rétrécis, de la position suivante, appliquée à la femme en travail. La parturiente est couchée en travers du lit, le siège soutenu par un coussin et légèrement débordant, les jambes pendantes dans le vide aussi loin que possible en bas et en arrière ; c'est la position en hyperextension des membres inférieurs.

Si l'on touche une femme à bassin rétréci dans la position obstétricale ordinaire, le doigt touche le promontoire ; si on met la femme dans la position de Walcher, le promontoire n'est plus ou est difficilement accessible. Walcher a conclu de là que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur était agrandi par l'hyperextension des membres inférieurs.

M. le professeur Eustache, de Lille, vient de reprendre l'étude de cette position (*Journal des Sciences méd. de Lille*), et il conclut de ses observations et de sa pratique, que la position de Walcher agrandit réellement le diamètre sacro-pubien en haut au détroit supérieur, mais diminue ce même diamètre en bas au détroit inférieur. L'inverse se produit dans la position de la taille qui n'est que la position obstétricale en flexion forcée des cuisses sur le bassin.

Toutefois, l'auteur estime que le gain est trop minime pour tenter de pratiquer l'accouchement prématuré artificiel avec un bassin de moins de huit centimètres.

Walcher croit que la position, qui porte son nom, doit être employée pour les applications de forceps, au détroit supérieur et dans l'extraction de la tête dernière, après la version podalique.

M. Eustache trouve que l'application du forceps au détroit supérieur est si fortement entravée par la susdite position, et que les tractions deviennent si difficiles qu'il a dû par trois fois renoncer à ce moyen. Pour ce qui est de la tête dernière après la version, il est indéniable que la position de Walcher est profitable à son extraction. (*Le Scalpel.*)

M. Eustache conclut de ses recherches qu'au premier temps de l'accouchement, qu'il soit naturel, provoqué, à terme ou avant terme, on devra, si la tête ne s'engage pas ou s'engage lentement, placer la femme dans la position de Walcher pendant quelques minutes. Tandis qu'au second temps de l'accouchement, quand la tête, tout ou partie, est dans l'excavation, si la descente et la sortie tardent, on placera la femme dans la position contraire d'hyperflexion (position de la taille).

L'alimentation précoce dans la fièvre typhoïde.

M. le Dr *Vaquez*, agrégé de la Faculté de Paris, vient de faire à la Société médicale des Hôpitaux, une intéressante communication sur l'alimentation précoce dans la fièvre typhoïde. Il indique le régime qu'il a prescrit dans 11 cas de fièvre typhoïde ; voici, du reste, ses propres paroles : « Un premier point nous paraît acquis, c'est que le genre d'alimentation, que nous préconisons, peut être prescrit dès le début même de la fièvre typhoïde, pour être continué jusqu'à sa complète terminaison. Il ne gêne en rien la médication par les bains froids, suivant la méthode de Brandt, que nous avons toujours assez rigoureusement suivie, en donnant les deux ou trois premiers bains à une température un peu moins basse qu'il est prescrit (28° à 24°), pour arriver rapidement au degré de refroidissement voulu (24° à 18°). Nous donnions les bains toutes les quatre heures, sans les interrompre pendant la nuit.

« La base de l'alimentation était toujours le lait, mais nous y ajoutions d'autres éléments nutritifs, et surtout des albuminoïdes.

« Le lait était prescrit par tasses, de deux en deux heures, mais les prises de huit heures, de midi et de six heures étaient remplacées par des repas diversement composés. Le matin, je donnais une grande tasse de thé ou de café au lait, ou bien une assiette de soupe à la farine (racahout, par exemple). La soupe à la farine d'avoine peut être laxative, comme le fait, d'ailleurs, remarquer Ewald, et n'est pas toujours bien supportée. La soupe à la farine de riz peut être recommandée en cas de diarrhée trop abondante. A midi je constituais le repas de la façon suivante : potage au lait avec un jaune d'œuf, un verre à Bordeaux de gelée de viande ou bien de jus de viande frais. A six heures je donnais un autre repas composé de façon à peu près identique ou bien je remplaçais le potage au lait par un bouillon avec jaune d'œuf. Les repas principaux étaient donnés au sortir du bain.

« Ainsi donc, pendant la période fébrile, j'ajoutais au lait une alimentation plus substantielle composée au total de trois jaunes d'œuf, de une à deux cuillerées à café de somatose, de deux ou quatre verres à Bordeaux de gelée ou de jus de viande et d'une assiette de soupe farineuse. Cette alimentation, comme on le voit, augmentait d'une façon très notable la quantité de substances albuminoïdes, sans modifier sensiblement le total des graisses ingérées. Lorsque la température commençait à décroître, je remplaçais la gelée de viande ou le jus de viande par de la viande crue râpée. La viande de mouton, très pauvre en graisse, et n'offrant pas le danger de la viande de bœuf, est surtout recommandable, ou bien, ce qui plaît beaucoup aux malades, la

(1) *France médicale.*

viande prise dans la partie centrale du jambon, et très finement râpée.

« Je continuais cette alimentation jusqu'à la défervescence, et, deux ou trois jours après l'apyrexie complète, je commençais à donner quelques crèmes très légères, des soupes plus variées avec semoule de froment ou décoction de farine de cacao, et un peu de pommes de terre au lait ou du riz au lait, soigneusement passé et en petite quantité. A partir de ce moment, vers le septième ou huitième jour de la convalescence, je recommençais à alimenter progressivement avec des œufs à la coque peu cuits, des biscottes, de la compote de fruits passée, etc.

« D'une façon générale, les résultats obtenus ont paru très encourageants, et ils se résument en ces quelques mots : aucune complication n'a été relevée ni dans l'évolution générale de la maladie, ni dans les symptômes locaux ; au contraire, la marche de la fièvre typhoïde nous a paru très favorablement influencée pendant la période fébrile, qui n'a jamais été hyperpyrétique, et surtout au cours de la convalescence, qui a été remarquablement courte. Mais les modifications ont porté surtout sur le cycle des températures de la défervescence, pendant laquelle la chute s'est faite le plus souvent d'une façon rapide et progressive, les oscillations habituelles ayant été très réduites. »

Jamais il n'y eut de délire, même avec des températures élevées : l'alimentation n'a jamais donné d'hyperpyrexie ; la langue était humide ; les selles plus régulières.

La convalescence s'est faite très vite ; la période des oscillations descendantes a toujours été courte ; les malades ont peu maigri.

On n'a jamais vu de complications à la suite de cette suralimentation.

MM. *Siredey*, *Merklen*, *Widal*, *Glénard*, prennent successivement la parole pour soutenir l'idée qu'on ne doit pas craindre d'alimenter les typhiques, mais seulement avec du lait, 3 à 4 litres en 24 heures. M. Glénard croit que le lait est l'aliment de choix, mais rapidement on peut donner des potages clairs, des œufs, de la viande crue dès que la température ne dépasse pas 38° depuis deux jours. Après quatre jours, viande rôtie et pain.

MÉDECINE PRATIQUE

L'Influenza de 1900

L'hiver 1899-1900 est, comme les précédents, fertile en épidémies : la variole, la fièvre typhoïde et surtout la grippe ou influenza sont venues se joindre à la tuberculose pour frapper et décimer notre population des villes et même des campagnes. Le premier de ces fléaux est heureusement facile à vaincre, ou plutôt, à prévenir, quand on a affaire à des personnes intelligentes et prévoyantes ; le second et le troisième sont malheureusement moins évitables et moins domptés.

Nous nous bornerons aujourd'hui à étudier ce qu'il y a de nouveau concernant la grippe ou influenza. Et d'abord, nous insistons sur la nécessité de regarder le malade de près, avant de prononcer l'invariable diagnostic, qu'on a toujours trop de tendance à généraliser en cette saison.

A côté de la vraie influenza, nettement caractérisée par un violent malaise, une hyperthermie brusque, une céphalée et une impotence musculaire généralisée, survenant d'une manière foudroyante, il y a toute la série des rhumes et des refroidissements avec courbatures fugaces, les accidents causés par un grand surchauffage et une mauvaise hygiène du vêtement, etc.

D'ailleurs, on a souvent décrit les nombreuses formes de cette hybridité morbide qu'est la grippe : angines, bronchites, pneumonies, gastro-entérites, douleurs musculo-articulaires, névralgies, abcès, méningites, péritonites, neurasthénies, paralysies, néphrites, endo péricardites, myocardites, tous les appareils, toutes les régions du corps humain peuvent, croit-on, être frappées par la grippe. Qu'y a-t-il de fondé dans ces théories généralisatrices ! C'est encore un problème, puisqu'on ne connaît pas l'agent pathogène de la grippe, et que, jusqu'ici, on ne peut réaliser une culture du germe spécifique de cette maladie. On ne connaît pas non plus le remède spécifique de cette maladie, malgré les fantastiques réclames faites par les industriels et même par certains confrères pour placer leurs produits et se faire une réputation. Donc, en réalité, la grippe est encore, en l'an de grâce 1900, un chaos pathologique où l'on fait entrer un assez grand nombre d'affections diverses, plus ou moins mal connues.

I.

LA GRIPPE TYPE DE 1900

L'année dernière, l'influenza avait une forme amygdalienne ; cette année, elle est franchement nervo-musculaire. La température monte brusquement à 39° ou 40° après une série de frissons plus ou moins rapprochés ; la tête devient douloureuse, tous les muscles s'ankylosent pour ainsi dire, le malade reste immobilisé en quelques heures. comme « sous l'influence » d'un sort. De violents élancements, des déchirements pénibles, aggravés par les éternuements et les quintes de toux, parcourent la tête, les reins, le dos, les membres inférieurs.

La langue prend vite le caractère spécial décrit par M. Faisans, langue porcelanique, rouge bleuâtre vernissé ; les muqueuses deviennent rouges et lisses, la pituitaire sécrète abondamment, quelques nausées apparaissent et généralement, un peu de diarrhée y fait suite.

Le sommeil fait défaut et les nuits sont fort agitées ; d'abondantes sueurs inondent le malade.

Cependant, au bout d'un ou deux jours, soit à la suite d'un traitement, soit spontanément, les phénomènes se calment ; le malade se trouve plus à l'aise et se dispose à reprendre ses occupations. Il est malheureusement bientôt assiégé de nouveau par les frissons et la fièvre se rallume ; tout recommence comme au début.

Vers le 3e ou le 4e jour, les voies respiratoires se prennent ; la toux augmente, les douleurs thoraciques apparaissent, une sorte de brûlure, de déchirement prétrachéal torture le malade. C'est alors le moment des bronchites, congestion, pneumonies, pleurésies grippales secon-

daires. Ces complications durent de 12 à 20 jours et aboutissent à une faiblesse, à une neurasthénie souvent désespérante de lenteur.

Lorsque la grippe est très infectieuse, elle frappe d'emblée les poumons, le cœur, les reins, et les méninges et emporte le malade en 3 ou 4 jours, comme par une sorte de septicémie aiguë. Parfois aussi, la grippe n'est pas très virulente, mais elle est tombée sur un terrain affaibli, sur des bronches emphysémateuses, sur un cœur graisseux ou scléreux, sur des reins dégénérés et le peu de résistance du terrain lui permet de terrasser l'organisme et de le détruire. Enfin, la grippe, loin de vacciner l'individu qu'elle frappe, le prédispose à une nouvelle invasion l'année suivante.

A la suite d'une attaque d'influenza, le sérum sanguin tient en suspension une infinie quantité d'organismes et de poisons solubles qui cherchent une porte de sortie vers la peau ou vers les séreuses et tendent à y provoquer des suppurations (abcès, bubons, furoncles).

Le myocarde et les reins sont souvent touchés aussi d'une manière profonde par l'influenza et ses poisons destructeurs ; il en résulte une grande tendance à la dilatation, à la faiblesse du cœur, ou une néphrite épithéliale chronique avec toutes ses conséquences.

II

TRAITEMENT.

Nous l'avons dit plus haut, il n'y a pas de traitement spécifique de la grippe ; mais il y a une méthode à peu près invariable de traitement qu'on peut résumer en trois mots : sudorification, purgation, médication antifébrile.

La sudorification s'obtient en faisant absorber au malade un grog bien chaud, une tisane diaphorétique très chaude, bourrache, camomille, menthe, thé au rhum, une potion à l'acétate d'ammoniaque, etc., et en le couvrant suffisamment d'ouate, de duvet et de laine.

La purgation doit être de préférence saline et minérale, 40 gr. de sulfate de soude ou de magnésie, limonade au citrate de magnésie, eaux minérales françaises, allemandes ou espagnoles. Il est avantageux de renouveler cette purge deux jours de suite ou à deux jours d'intervalle.

Enfin, la médication antifébrile sera réalisée par l'emploi d'un sel de quinine : sulfate, bromhydrate, chlorhydro-sulfate, valérianate en doses fractionnées (cinquante à soixante-quinze centigrammes, fractionnés en 2 ou 3 doses de vingt-cinq).

L'exalgine, la phénacétine, l'antifébrine sont plus difficiles à manier et souvent moins efficaces, quand on les emploie isolément. Au contraire, quand l'élément douleur est aussi violent que l'élément fièvre, il y a avantage à associer soit l'exalgine, soit la phénacétine fractionnées en doses de 0,20 à 0,30 centigrammes.

Un de nos confrères du Parlement vient de devenir subitement célèbre, à Paris au moins, pour avoir imaginé un traitement relativement simple qui a eu de nombreux succès dans le monde officiel : c'est le Dr Borne, de Montbéliard. Ce traitement est une sorte de synthèse des trois éléments que nous avons déclarés indispensables à la thérapeutique de la grippe.

Le premier jour, il fait prendre tous les quarts d'heure, une cuillerée à soupe de la potion suivante :

Eau chloroformée..............	60 gr.
Eau distillée..................	60 gr.
Magnésie......................	8 gr.
Salol.........................	1 gr.
Bétol.........................	1 gr.
Antifébrine....................	1 gr.
Sirop de fleurs d'oranger.......	35 gr.

Les jours suivants, pendant cinq jours, on prend 4 cachets par jour, deux au lever et deux au coucher : magnésie 10 gr., bétol 5 gr., salol 2 gr. 50, terpine 2 gr. 50, à diviser en 20 cachets.

Le traitement du Dr Borne a, certainement, de nombreux succès à son actif, mais il n'est pas spécifique de l'influenza, plus que n'importe quel autre, et la preuve, c'est qu'il a produit autant d'échecs que de réussites.

En fait, quoique très brutale et très violente au début, l'influenza n'est pas toujours bien redoutable et avec *un peu* de patience et *beaucoup* d'énergie, on arrive souvent à la guérir sans médicaments. Il est, néanmoins, prudent de surveiller les influenzés pendant quelques jours, car une atteinte légère peut dégénérer en une véritable infection, à la suite d'un refroidissement ou d'une imprudence.

La grippe infectieuse est souvent un véritable piège pour le malheureux praticien, qui ne sait de quel côté diriger ses batteries thérapeutiques, pour triompher de l'ennemi : les bronches, les plèvres, le larynx, les alvéoles pulmonaires, les méninges, le cœur, l'estomac, le foie, les intestins, le péritoine, les articulations, les muscles, les nerfs, les vaisseaux, tout peut être envahi tour à tour, ou simultanément par la grippe et les difficultés du traitement deviennent parfois inextricables.

Le point important à retenir, c'est que la grippe peut tuer surtout par le cœur, par les poumons, par le cerveau ; ce sont les trois organes à surveiller, et sur ces trois, c'est encore le cœur qui est le plus fragile : donc, en présence, de l'influenza, on ne devra jamais omettre d'ausculter le cœur et de le traiter à la première alerte.

La caféine, le strophantus, la spartéine et la digitale sont les toniques, par excellence, à administrer en cas de défaillances du cœur. Le sérum artificiel employé en injections sous-cutanées, à petites doses, peut avoir aussi une grande utilité, quand la fièvre est modérée. La convalescence de l'influenza nécessite, la plupart du temps, l'administration d'un tonique musculo-nerveux, pendant un temps plus ou moins prolongé, quinquina, noix vomique, kolas, coca, glycérophosphates. Enfin, le changement de climat s'impose parfois pour réparer les forces, longues à revenir ; généralement, le convalescent est envoyé au littoral Méditerranéen, en Corse, en Algérie ou dans les forêts de pins d'Arcachon.

La dernière séance de l'Académie de Médecine a été consacrée à une discussion fort pratique sur la prophylaxie et le traitement de la grippe. Pour M. *Huchard*, la prophylaxie consistera en lavages du naso-pharynx et de la bouche avec des solutions mentholées, boriquées ; on tiendra compte de l'état du foie et des reins, se rappe-

lant que l'urobilinurie est un symptôme constant ; la médication employée devra favoriser l'élimination et neutraliser la toxicité.

Le mieux est de combattre tout embarras gastrique, de s'abstenir de tout surmenage de l'estomac ; cette antisepsie est meilleure que l'emploi des salol, naphtol, etc.

Pour lui, le meilleur médicament antigrippal. c'est la quinine sous forme de bromhydrate ; on peut l'associer à l'ergot de seigle.

Au contraire, l'antipyrine déprime le système nerveux, diminue la sécrétion rénale ; il ne faut pas en abuser, non plus que de cette association antiphysiologique, constituée par la jonction de la quinine à l'antipyrine. Contre l'asthénie, M. Huchard préconise l'emploi des glycérophosphates ou de sulfate de strychnine, à la dose de 2 ou 3 milligrammes.

M. *Laborde* croit devoir rappeler en quelques mots, les résultats de sa propre expérience, résultats tels, au point de vue du traitement préventif de la maladie, qu'il considère comme un devoir de les faire connaître à nouveau à l'Académie, qui en a cependant déjà été saisie en 1892, et qui ont été confirmés depuis.

« Ce traitement préventif est des plus simples, et sa simplicité ne le cède, il est permis de l'affirmer, qu'à son efficacité ; il consiste dans l'emploi journalier et constant que l'on peut faire rentrer d'ailleurs dans les soins hygiéniques de la bouche, d'une *solution phéniquée* au titre un peu élevé de 1/200 à 1/300 : une cuillerée à bouche ou à café, selon les sensibilités individuelles, dans un grand verre d'eau très chaude, la plus chaude possible, pour servir à des gargarismes répétés, lavages de la bouche et reniflements par le nez. On attaque ainsi directement, aux endroits mêmes où il pénètre dans l'organisme, le germe, ou pour parler le langage actuel, le microbe pathogène de la grippe. Il est bon de répéter, matin et soir, l'usage de ces gargarismes, lavages et reniflements, en temps d'epidémie. La méthode est, on le voit, des plus simples ; elle réalise le traitement préventif bucco-naso-pharyngien, que vient de signaler M. Huchard, et M. Laborde se croit autorisé à affirmer, encore une fois, sa puissante efficacité. Il insiste sur ce point, que c'est l'*acide phénique* et non l'acide borique ou autre bactéricide de cette espèce, qui constitue le véritable moyen préventif en ce cas.

« En second lieu, M. Laborde ajoute, relativement à l'emploi de l'antipyrine, objet d'un ostracisme immérité, selon lui, de la part de certains cliniciens, qu'elle peut rendre et qu'elle rend en réalité de grands services, dans le cas particulier de céphalalgie plus ou moins intense, au commencement ou au cours de la grippe, sans présenter les inconvénients dont elle peut être accusée à juste titre, notamment celui de contrarier la diurèse dans le cas de mauvais fonctionnement des reins ; mais aux trois conditions expresses suivantes : 1° d'être chimiquement pure ; 2° d'être administrée en solution ; 3° d'être associée au café noir dont l'action diurétique compense celle du médicament, avec la circonstance favorable qu'il en masque le goût. »

D'après M. le Dr *Capitan* (in *Gaz. des Hôp.*) nombre de malades, une fois la période d'état passée, continuent à avoir de vraies quintes coqueluchoïdes qui font leur désespoir et souvent celui du médecin.

Voici, tout d'abord, une formule due à Sanger, qui dit s'en être bien trouvé (chez des phtisiques).

Il prescrit 5 pilules en vingt-quatre heures d'extrait sec d'hydrastis canadensis (1 à 5 grammes par pilule). Ou bien encore. il fait prendre 5 fois par jour, avant les repas, XXX à XL gouttes dans un peu d'eau du mélange.

Extrait fluide d'hydrastis canadensis	} ââ 4 gr.
— — d'ergot de seigle......	

La toux diminuerait très vite, l'expectoration deviendrait plus visqueuse et moins abondante.

Contre cette toux grippale, à forme coqueluchoide, si désagréable et si tenace, nous avons plusieurs fois employé la formule suivante :

Teinture de drosera........	} ââ 2 gr.
— de grindelia......	
Alcoolature de racine d'aconit.	1 gr.
Bromoforme.....................	LX gouttes.
Glycérine pure.................	2 cc.

VI à XV gouttes, trois à quatre fois par jour, dans un peu de vin blanc sucré.

Ce véhicule, singulier en apparence, masque très bien le goût fort peu agréable de cette préparation.

Les résultats que nous avons obtenus ont été excellents. Les quintes de toux diminuent de fréquence et d'intensité et finissent par disparaître.

— Pour terminer ce court travail sur le traitement de la grippe, nous devons dire quelques mots de l'épidémiologie de cette maladie. La grippe est regardée par beaucoup de monde comme contagieuse ; l'est-elle réellement ? Rien ne le prouve, en fait ; on ne peut réussir à l'inoculer et les personnes qui soignent les influenzés, ne sont pas plus atteintes que les autres. La grippe est surtout épidémique : elle frappe en bloc tous les gens, dont le terrain est propice, c'est-à-dire affaibli par quelques excès, et préparé par la fatigue, le surmenage, le surchauffage, etc. Le germe n'est pas encore connu, malgré les nombreux travaux qu'on a déjà tentés sur ce sujet : d'ailleurs, la grippe est-elle réellement produite par un germe ou par un poison soluble ? On a incriminé le streptocoque, parce qu'on en a trouvé dans le sang et les abcès des influenzés. En réalité, le streptocoque est un microbe qui nous environne partout et qui s'insinue dans tous les organismes infectés préalablement par un autre germe ou un autre poison. Le streptocoque s'allie au microbe de l'influenza pour mieux détruire l'organisme et l'infecter de fond en comble, absolument comme il s'allie au bacille de Loeffler, au pneumocoque de Frankel, au bacille d'Eberth, etc. Jusqu'à nouvelle découverte, nous sommes à peu près aussi ignorants qu'il y a dix ans sur la nature exacte de la grippe. La fréquence et la facilité des communications rend de nos jours cette maladie endémique dans tous nos pays d'Europe ; chaque hiver nous la ramène, surtout quand la température est humide et peu élevée ; la prophylaxie paraît être l'abstention de tout surmenage

et l'antisepsie bucco-naso-pharyngienne, mais on n'en connaît ni le germe pathogène, ni le séro-vaccin.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Situation générale et revenus professionnels du médecin en Belgique, Espagne, Suède, Grèce, etc.

Pour nos lecteurs qui s'intéressent à l'histoire de la médecine professionnelle en général, et pour ceux que pourrait tenter la pratique de l'art d'Hippocrate à l'étranger, nous avons traduit et résumé un important article publié dans le *British medical Journal*, par le docteur Kilner Clarke.

Notre confrère d'outre-Manche a recueilli les éléments fondamentaux de cette étude, au cours de nombreux voyages à travers l'Europe, et dans la rédaction de son travail, il a eu pour objectif le but pratique suivant : quels débouchés y a-t-il en Europe pour ses compatriotes ! Quels sont les pays qui offrent aux médecins anglais — français, dirons-nous — la meilleure et la plus facile hospitalité ?

I.

BELGIQUE.

La Belgique, dit M. Kilner Clarke, nous intéresse plus particulièrement par les facilités qu'elle offre aux étrangers, pour l'obtention du doctorat en médecine. Le jury d'examens à Bruxelles est même d'une complaisance extrême : il permet toujours au candidat d'être interrogé dans sa propre langue, s'il le désire, et lui accorde également le droit de subir séparément ou toutes à la fois, les épreuves d'anatomie, de pathologie et de thérapeutique.

Les examens sont alors essentiellement pratiques. Le postulant dissèque et opère devant le jury, puis il établit le diagnostic et il indique le traitement au lit du malade. En pathologie et en thérapeutique, les épreuves sont relativement assez difficiles, mais elles ne comportent aucune reconnaissance de matière médicale ou de préparation microscopique.

Les consignations exigées pour le diplôme de docteur en médecine, s'élèvent à 550 francs. Habituellement, d'ailleurs, la plupart des candidats viennent à Bruxelles un ou deux mois avant l'examen et ils s'y préparent par des répétitions dont le coût varie de 125 à 250 fr. par mois.

Quant aux médecins étrangers désireux d'obtenir simplement la permission de pratiquer en Belgique, ils s'adressent à un comité central, spécialement nommé à cet effet, lequel s'assure d'abord si les postulants possèdent des diplômes convenables et surtout de leurs connaissances professionnelles.

Pour avoir semblable autorisation du gouvernement belge, il faut que la commission soit bien convaincu du haut degré d'instruction du demandeur et de l'utilité qu'il y a, pour le pays, de lui accorder une telle licence.

En Belgique, le médecin a le rang des autres professions. Ses honoraires sont pour une visite, de 1 fr. 50 dans les campagnes ; de 3 ou 5 francs dans les villes. Le revenu annuel moyen d'un médecin de campagne est de 4 à 6.000 fr. et celui d'un médecin de ville de 6 à 10.000 fr. Les consultants demandent 10, 20 et même 50 francs, et les opérations se comptent naturellement à des prix très variables de 500 à 2.000 fr. et plus.

II.

ITALIE.

Les autorisations d'exercer sur le territoire italien sont accordées aux médecins non nationaux, par les différentes Universités Royales. Cependant tout praticien étranger appelé en Italie pour des cas spéciaux, ou ne soignant exclusivement que des malades étrangers eux-mêmes, n'a pas besoin de cette autorisation.

III.

ESPAGNE.

Notre profession, en Espagne, conduit difficilement à une grande fortune. Qu'on en juge :

Il est d'usage, sauf dans les grandes cités, de payer le médecin de famille par un contrat annuel quelquefois en argent, mais, le plus souvent, en matières premières ; en blé par exemple, au moment de la moisson.

Suivant l'importance de la ville et la réputation de l'homme de l'art, les honoraires varient de 1 à 10 fr. la visite, les consultations de 10 à 50 fr. et le revenu annuel du praticien dans les villes est de 3.000 à 4.500 fr. Dans les campagnes, un disciple d'Hippocrate, faisant 2.500 fr. d'honoraires par an, est... dans l'aisance.

Malgré cela, les études médicales sont longues : elles comportent réglementairement 26 séries de cours, divisés en 7 années scolaires. Elles entraînent fort peu de frais : 750 francs en tout.

IV.

SUÈDE

Si vous aimez la chasse, la pêche, le canotage, au milieu d'un pays magnifique, et parmi un des peuples les plus hospitaliers du monde, allez en Suède. Vous y trouverez tout cela, avec le confortable et une bonne cuisine, à des prix atteignant au plus le tiers de ceux qu'il faudrait payer chez nous.

Je ne pense pas, toutefois, que vous choisirez la Suède pour y faire vos études médicales, car celles-ci ont une durée de huit années au moins.

Les accouchements, dans ce pays comme dans bien d'autres, sont faits en grande partie par des sages-femmes reconnues par l'Etat. Mais, particularité intéressante, les salaires de ces sages-femmes, dans les villages, sont payés par le gouvernement, qui reçoit en retour un rapport annuel sur leur travail.

En outre, les cas de fièvre puerpérale sont enregistrés, et si une accoucheuse a dans une année trois cas d'infection, je crois, son diplôme peut lui être retiré temporairement.

Relativement aux revenus professionnels du médecin, ils s'élèvent chaque année à la moyenne de 7.500 fr. à 10.000 fr. pour le praticien de campagne, et de 12.000 à 16.000 fr. pour celui de la ville.

L'habitude est de faire des contrats à l'année ; quand il n'en est pas ainsi, le prix normal d'une visite est de 7 francs.

Que nos confrères suédois se considèrent donc comme heureux : ils ont une situation très favorisée, bien honorée, dans un pays idéal, où l'existence est elle-même peu coûteuse.

En Suède, les étrangers ne peuvent espérer qu'un seul avantage: c'est une réduction, parfois accordée par le Ministre, sur la durée des études. Les autorités ne voient pour le moment, aucune raison d'ouvrir les portes plus grandes.

V.

NORWÈGE.

Les médecins occupent en Norwège une très haute position sociale. Ils sont au nombre de 800, sur lesquels 650 sont membres de l'Association médicale norvégienne, dont le but est de soutenir le bon renom et les intérêts de la profession.

Dans les campagnes, le règlement des honoraires se fait généralement par visite, au taux de 3 ou 4 francs chacune. Pour les distances éloignées, il existe un tarif spécial. Une visite à

1 kilomètre est tarifée	5 francs.	
5 kilomètres » »	6 »	40
7 » » »	7 »	80
10 » » »	10 »	50

Dans les villes, les contrats à l'année sont assez communs et s'élèvent au chiffre de 75 à 650 francs chacun.

Revenu annuel : 7.000 francs, dans les villes, 6.000 francs dans les campagnes.

Les empiriques peuvent exercer la médecine avec certaines restrictions, d'ailleurs légères. Privés du droit de s'intituler Docteurs, ils doivent avoir habité le pays depuis plus de trois années, sans s'être déplacés d'une manière notable et, enfin, avoir un casier judiciaire intact. Ils ne peuvent pas soigner les malades atteints d'affections aiguës infectieuses, ni employer nombre de médicaments que seuls les médecins diplômés peuvent prescrire ; les poisons, la strychnine, par exemple.

Il n'existe pas, en Norwège, de clause générale autorisant les étrangers à l'exercice de la médecine, sans passer les examens réglementaires, mais le Gouvernement a le pouvoir, dans des cas individuels, d'accorder cette licence, à ceux qui justifient de connaissances scientifiques suffisantes.

VI.

FINLANDE.

Nos confrères finlandais ont une situation sociale fort honorable, moralement et matériellement. Leurs visites sont taxées de 3 à 15 francs, et, d'une façon générale, sauf pour les très grandes villes, chaque docteur est attaché à des fondations, établissements privés ou publics, d'où il reçoit annuellement une rémunération variant de 2.000 à 10.000 francs ; 30.000 francs constituent un maximum de revenus pour le médecin praticien.

La scolarité faite aux Universités ou Écoles de médecine étrangères, est acceptée en Finlande ; mais la possession de parchemins étrangers ne saurait dispenser, en aucune façon, des examens nationaux, pour l'exercice de la médecine dans ce pays.

VII.

SERBIE.

Les jeunes Serbes qui désirent exercer la médecine dans leur pays, vont d'abord obtenir un diplôme dans quelque puissance européenne : Russie, Allemagne, Autriche, France, Suisse, etc.

Ceux qui ne sont pourvus que du titre de Docteur en médecine, sans pouvoir pratiquer dans le pays où ils ont été diplômés, sont en outre obligés de subir un nouvel examen devant le jury médical de Belgrade : alors, seulement, ils ont le droit de s'établir.

En Serbie, il y a 184 médecins, dont 122, payés par l'Etat, occupent une situation officielle quelconque, dans les hôpitaux militaires, les infirmeries des prisons ; les chemins de fer. Trente-deux praticiens sont, d'autre part, médecins de l'Assistance publique, ce qui porte à 30 seulement le nombre des docteurs en médecine vivant uniquement de leur pratique privée en Serbie.

Il existe un médecin pour 12.500 habitants et ses revenus annuels varient en moyenne de 6 à 10.000 francs par an.

VIII.

GRÈCE.

Au début de sa scolarité, l'étudiant en médecine grec n'a à justifier d'aucun examen sur les classiques. C'est un privilège qu'il possède seul ou à peu près en Europe.

D'autre part, comme conséquence peut-être, le niveau de la dignité professionnelle est peu élevé en Grèce, et la publicité médicale se fait couramment dans les journaux politiques.

Les études, d'une durée de 4 ans 9 mois, sont médiocrement développées sur le terrain pratique et ne comportent ni exercices cliniques, ni médecine opératoire. Ce n'est d'ailleurs que dans la quatrième année, que l'étudiant examine personnellement les malades à l'hôpital.

La situation du médecin praticien n'est guère brillante, ni enviable. Les visites peuvent être taxées de 4 a 8 francs, mais nombre de praticiens se contentent d'un prix bien inférieur, 1 fr. 50 par exemple.

Les opérations sont rares, les malades préférant beaucoup être traités à l'hôpital, où ils ne paient rien ou très peu de chose. Aussi, même dans les grandes villes, au Pirée, qui a 60.000 habitants, par exemple, le maximum des revenus annuels des médecins connus, n'est-il pas supérieur à 6 ou 8.000 francs.

Dans les campagnes, leur situation est beaucoup plus modeste, et « il ne faut pas compter pouvoir y vivre exclusivement de l'exercice de la médecine ! »

Les accouchements, enfin, sont aux mains de sages-femmes ignorantes, auxquelles on ne demande que 6 mois d'études ; c'est assez dire que la fièvre puerpérale est fréquente en Grèce.

Les étrangers munis d'un autre diplôme que celui du pays, peuvent exercer la médecine après avoir satisfait à un examen pratique dans les

hôpitaux. Ceux qui parlent le français ou l'allemand peuvent être interrogés dans leur langue maternelle, mais nul ne peut évidemment pratiquer l'art médical en Grèce, sans connaître la langue du pays.

IX.

FRANCE.

Voyons enfin comment le Dr Kilner Clarke apprécie la situation de notre profession en France :

Les études médicales, constate-t-il, y sont moins coûteuses qu'en Angleterre.

En tenant compte, d'une manière générale, des frais complets d'études médicales, une somme minimum de 10.000 francs peut suffire pour acquérir en France le droit d'exercer la médecine et la chirurgie, avec le titre de Docteur en médecine. En Grande-Bretagne, où l'instruction dans les hôpitaux est payante, l'existence chère et les consignations pour les examens plus élevées, ce même calcul conduit à un chiffre double, soit 20.000 francs.

Les honoraires du médecin praticien sont plus faibles en France qu'en Angleterre. C'est le contraire pour les opérations : les honoraires des chirurgiens, quoique proportionnés à la situation des malades, sont très élevés, plus élevés à Paris qu'à Londres (1).

L'exercice de la médecine rapporte en France 5 à 6.000 francs dans les campagnes, peut-être 20.000 francs dans les grands centres ; 75.000 francs est le revenu maximum d'un praticien à Paris.

La proportion des Docteurs en médecine en France, est de 1 pour 2.800 habitants. En Angleterre, elle n'est que de 1 pour 1.400 habitants, c'est-à-dire, juste deux fois plus forte.

Docteur P. Lacroix.

De l'encombrement médical.

Si, par encombrement médical, on entend la proportion de plus en plus élevée des médecins par rapport à la population totale de la France, cet encombrement médical existe bien réellement. Mais la question n'est peut-être pas là tout entière.

Je crois à la sincérité de la loi de l'offre et de la demande.

Si tant de jeunes gens se lancent dans la carrière médicale, si les médecins continuent plus que jamais de faire de leurs fils des médecins, c'est peut-être qu'en dehors des avantages pécuniaires plus ou moins aléatoires, ils trouvent, dans l'étude ou l'exercice de la profession médicale, d'autres avantages, qui, pour être moins tangibles, n'en sont cependant pas moins réels.

Passons en revue ces avantages.

Tout d'abord la profession médicale est, avec la profession notariale, la seule qui permette au jeune homme le retour au pays natal, quand ce pays n'est pas une grande ville.

Il y retrouve la maison paternelle, la vigne qui, si la médecine ne lui donne pas de grands profits, lui permettra de vivre sans trop de difficulté.

Il y retrouve la jeune fille munie d'une dot plus ou moins élevée et au mariage de laquelle les parents ont posé une condition : « elle ne s'éloignera pas de nous. »

Il peut s'y créer facilement une situation politique.

De plus, une fois les études terminées, il n'y a plus de mises de fonds. On n'achète pas toujours une charge médicale, alors qu'une charge d'avoué ou de notaire est souvent d'un prix élevé.

Deux années de service militaire ont été évitées.

Tout le monde paye sa place au chemin de fer ; le médecin parfois voyage gratuitement, etc...

Tous ces avantages sont réels et ils pèsent d'un grand poids sur les déterminations des jeunes gens et de leurs familles.

Plus tard nous les oublions facilement pour ne plus considérer que le total de nos recettes de fin d'année ; ce en quoi nous avons tort.

Je crois, pour ma part, que l'exercice de la profession médicale est extrêmement avantageux pour tous ceux d'entre nous qui, en dehors des bénéfices qu'ils attendent de l'exercice de leur profession, possèdent des ressources leur permettant de vivre modestement.

Ce à quoi nous devons viser, c'est à détourner de la profession médicale les jeunes gens d'une intelligence médiocre, qui ne pourront tirer, plus tard, leurs revenus que de la profession médicale.

Je ne crois pas que l'idéal soit celui-ci : Le fils du concierge de la Faculté de médecine devenu médecin, et le fils d'un médecin réduit au rôle de concierge de la Faculté, parce que la profession médicale sera encombrée des fils de concierges.

Le docteur Hervé voit dans l'instruction primaire mise à la portée de tous les citoyens, la grande cause de l'encombrement médical. Je crois qu'il serait plus juste d'incriminer l'instruction secondaire qui, au dire des personnalités compétentes, qui se sont prononcées à ce sujet, lors de la grande enquête parlementaire, prépare à l'exercice des professions libérales et exclusivement à l'exercice de ces professions.

Un jeune homme, nourri de l'antiquité, éprouve peu de goût pour des professions telles que l'agriculture ou le commerce ; à ses yeux, ces professions sont trop terre à terre et ne permettent pas le libre développement de la personnalité humaine.

Le sacerdoce médical est là tout prêt à l'accueillir. Quoi d'étonnant à ce qu'il embrasse une profession qui cadre si bien avec l'idéal qu'il s'est forgé.

Ce serait nous faire une bien grosse illusion, que de penser que de longtemps l'Université renoncera à la fabrication de ces produits, pour l'obtention desquels elle a poli ces machines perfectionnées qui s'appellent professeurs, agrégés, docteurs ès-lettres ou ès-sciences. Ne nous leurrons pas d'un espoir chimérique.

Entre autres mesures, voici celles qui me paraissent répondre le mieux au but qu'on se propose d'atteindre :

1er *moyen*. — Versement en une seule fois des frais d'examen.

(1) Il y a là, en effet, en France, une grande disproportion : le praticien qui visite le malade reçoit comme honoraires, 3 ou 5 francs, quelquefois moins ; le chirurgien qui opère, souvent plus de 10.000 francs.

Après deux ajournements successifs au même examen, les droits seront dus à nouveau, dans leur intégralité, pour permettre la continuation des études Le jeune homme pauvre, mais médiocre, serait du coup éliminé.

2e *moyen*. — Examens plus sérieux.

Le professeur Fournier a pu dire, dans une publication récente :

« Aux examens de Doctorat, on se garde bien d'interroger les élèves sur la syphilis, on craindrait trop de les embarrasser.

A l'heure actuelle, un médecin qui ne sait rien de la syphilis n'est pas un médecin complet ; de ces médecins-là il n'en faut à aucun prix. »

Le docteur Gley, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, dit dans une enquête sur la réorganisation de l'enseignement secondaire :

« Parmi les preuves de cette pléthore, en voici une sur laquelle on peut insister. Autrefois nous faisions passer les examens dans des conditions très convenables ; nous étions de jury, deux ou trois fois par semaine, toute l'année ; mais nous ne faisions passer que quatre candidats ; en deux heures, on pouvait les interroger consciencieusement. Aujourd'hui nous en faisons passer dix à la fois ; il est matériellement impossible, de les examiner sérieusement ; nous sommes presque honteux de faire passer des examens de cette façon. »

Il faudrait que les professeurs sachent qu'ils se trouvent en présence d'étudiants ayant une situation de fortune suffisante, pour continuer des études devenues très onéreuses, par suite du premier moyen.

La médecine ne serait pas privée de cette élite de travailleurs intelligents, pour lesquels un double échec à un examen sérieux, est une impossibilité.

C'est la pluie qui produit les inondations. Personne n'a jamais pensé à supprimer la pluie ; mais tous les jours, on reboise les flancs arides des montagnes ; on établit des barrages sur les ruisseaux et les rivières ; les torrents sont endigués, canalisés, domptés.

Agissons de même, à l'égard de la pluie d'étudiants qui menace de ravager nos champs.

Etablissons des barrages.

Docteur X.

CORRESPONDANCE

Le stage des jeunes médecins

Paris, 25 février 1900.

Mon cher Directeur,

Pour mettre un terme à l'encombrement professionnel, le Dr Dumas, de Lédignan, réclame des médecins *stagiaires* ; mais le système qu'il préconise n'est pas praticable.

N'y en aurait-il pas un autre ? Je me permets de vous offrir celui que je médite depuis longtemps.

Pendant que de nombreuses campagnes sont absolument abandonnées, Paris regorge de praticiens. C'est dans les villes que la pléthore médicale s'accuse fortement.

Voilà le mal. Le remède, à mon sens, consisterait à *exiger* des jeunes docteurs un *stage de cinq ans* soit dans des postes ruraux, soit dans des fonctions administratives (bureaux de bienfaisance; ambulances urbaines ; inspections des manufactures, des écoles, des asiles, des nourrissons, des enfants assistés ; consultations des dispensaires, etc.); soit dans des postes spéciaux (assistants de chirurgie, remplacements, surveillance de malades).

Je sais qu'avec ce système les *internes* se trouveraient quelque peu déchargés, c'est-à-dire lésés : mais ne sont-ils pas actuellement surmenés et parfois trop accaparés au détriment de leurs études et de l'hôpital ?

Au bout de 5 ans, le jeune docteur serait mûri par l'expérience, instruit des conditions de la pratique, conscient de ses moyens et de ses aptitudes, en un mot *formé* à la vie médicale, apte à choisir en connaissance de cause le poste qui lui convient.

Cette innovation serait avantageuse pour tous, et pour les *stagiaires* qui seraient *casés*, et pour les anciens, qui n'auraient plus à redouter la concurrence des *nouveaux* qui *veulent vivre*.

Veuillez agréer, mon cher Directeur, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Surbled,
40, rue de Joinville, Paris.

BULLETIN DES SYNDICATS

et Sociétés locales.

Syndicat médical des Deux-Sèvres.

Assemblée générale du 16 octobre 1899.

Salle de l'Hôtel de Ville, à Saint-Maixent.

I. Banquet.

A midi, vingt confrères s'asseyaient dans une belle salle de l'Hôtel de l'Ecu de France, autour d'une table, fleurie comme un parterre, princièrement servie, dans une atmosphère de gaieté bien française et de généreuse confraternité.

L'honneur de ce banquet, dont nous garderons un spécial souvenir, revient à M. le Dr Corbin, qui, en sa qualité d'adjoint de la ville de Saint-Maixent, a, de plus, mis gracieusement à notre disposition la salle des séances du Conseil municipal, où nous nous sommes rendus vers 2 heures pour notre Assemblée Générale.

II. Assemblée Générale

sous la présidence du Dr Gaillard

Présents : Dufoul, Good, Vandier, Corneille, Bouchet, Senoble, Solon, Clais, Lecointre, Douréf, Breffeil, Lucas, Métais, Grassin, Charier, Metayer, Corbin, Verlet Escure, Chabot, Mayet et Marion.

Excusés : Perrault, Pillet, Moreau, Brangier, Bayoux, Martineau, Besnard, Riffé et Seguin.

Motions diverses :

1o Le Syndicat proteste contre l'admission du Syndicat des sages-femmes à l'élection du représentant des syndicats médicaux au Conseil supérieur des Sociétés de Secours mutuels.

2o Il prononce à l'unanimité l'exclusion d'un de ses membres pour manquement à son engagement, renouvelé dans des circonstances solennelles, de fermer un cabinet de consultation qu'il avait fondé en dehors du domicile.

Ordre du jour.

1e *Admission de trois membres nouveaux* : de M. le docteur Bureau, de Chiché ; de M. le Dr Metayer, de Moncoutant ; de M. le Dr Chabot, de Saint-Maixent.

2° *Choix de 2 Délégués pour la réunion générale de l'Union des Syndicats, à Paris.*

Sont désignés : MM. Boudard et Corbin.

3° *Renouvellement du Bureau :*

Lecture est donnée d'une lettre du Dr Pillet qui propose de proroger les pouvoirs du Président et du Secrétaire, en raison de l'élaboration des tarifs d'honoraires dont ils ont pris l'initiative.

Malgré l'insistance flatteuse d'un grand nombre de Confrères, le Président, en son nom et au nom du Secrétaire, déclare qu'ils considèrent comme un devoir sacré s'imposant au respect de tous, d'obéir aux statuts du Syndicat et qu'ils déclinent absolument toute candidature.

Mais, à la demande de l'Assemblée, ils acceptent de poursuivre, de concert avec le nouveau Bureau, la mise en pratique des nouveaux Tarifs et spécialement de résoudre les difficultés locales qui pourraient surgir à ce sujet entre confrères syndiqués ou non.

Sont élus pour l'année 1900 :

Président : Dr Pillet, de Niort, médecin en chef de l'Hospice, Chevalier de la Légion d'honneur.
Vice-President : Dr Charier, de Thouars.
Secrétaire : Dr Corbin, de Saint-Maixent.
Trésorier : Dr Grassin, de Frontenay-Rohan.
Syndics : Arrondissement de Niort, MM. les Drs Mayet, de Niort, Vandier, de La Crèche. — Arrondissement de Bressuire, MM. les Drs Pérault, de Nueil-sous-les-Sabiers, Mosnay, de Saint-Varent. — Arrondissement de Melle, MM. les Drs Clais, de Saint-Romnas, Dourèf, de Melle. — Arrondissement de Parthenay, MM. les Drs Breffeil, de Parthenay, Marion de Parthenay.

4° *Médecine gratuite.*

Le Bureau reçoit la mission :

A. De protester auprès du Préfet contre le trop grand nombre d'inscriptions au cours de l'année, la Loi n'ayant entendu autoriser celles-ci qu'à titre absolument exceptionnel et pour parer à des cas d'indigence qui n'avaient pu être prévus avant le 1er janvier ; les municipalités au contraire abusant de cette faculté exceptionnelle pour grever le médecin et le département.

B. De veiller à ce que ni les maires, ni les instituteurs, ni les gardes champêtres ne portent atteinte à la liberté qu'ont les indigents de choisir et leur médecin et leur phamacien.

C. De poursuivre auprès de la Préfecture et du Conseil général — dans la mesure du possible — la réalisation de notre volonté — énergiquement affirmee de nouveau — d'être honorés à la visite et au kilomètre ; d'exiger au moins que sur les cartes d'indigence soient inscrites les 2 sommes (celle attribuée l'année précédente) : la somme à toucher par le médecin par tête d'indigent et celle mise à la disposition pour les médicaments.

5° *Doctorat en pharmacie.*

Considérant qu'un grand nombre de pharmaciens se livrent habituellement à l'exercice illégal de la médecine, le syndicat proteste contre la création d'un titre qui permettrait à beaucoup d'établir des confusions profitables exclusivement à leurs pratiques délictueuses.

6° *Tarifs d'honoraires.*

V. Tarif départemental d'honoraires.

Ce Tarif, dont tous les articles sont successivement approuvés ou rectifiés, sera imprimé à nouveau et soumis à une dernière délibération au mois de mai prochain.

B. *Tarif d'honoraires pour les accidents du Travail.*

Ce projet de Tarif est présenté par le Secrétaire, parce qu'il avait été élaboré pour la Compagnie d'Assurances mutuelles « La Participation » et parce qu'il avait été tout récemment adopté dans une réunion interdépartementale des Syndicats voisins de la Vienne, du Maine-et-Loire et d'Indre-et-Loire, tenue à Saumur, l'Assemblée l'adopte à son tour pour les mêmes motifs.

Elle décide qu'il sera imprimé et adressé à tous les confrères syndiqués ou non, à tous les agents de toutes les Compagnies d'assurances et le Bureau, qui voudra bien s'ajoindre MM. Gaillard et Marion, est tout spécialement chargé de vaincre toute résistance de la part des Compagnies et d'aplanir toutes les difficultés locales.

C'est une arme de défense mise à la disposition de tous les confrères du département et il est à espérer qu'il ne viendra à personne l'idée de paraître la délaisser.... pour en retourner la pointe contre le voisin.

Situation générale de notre Syndicat.

Il compte 65 adhérents et M. le Trésorier accuse un avoir de 1141 fr. 35.

Ce n'est ni la perfection, ni la fortune ; mais c'est un levier puissant, sur lequel nous pouvons compter pour l'amélioration de notre profession dans les Deux-Sèvres.

Le Président, Dr GAILLARD.
Le Secrétaire, Dr MARION.

REPORTAGE MEDICAL

Congrès international de la presse medicale en 1900. — Le Bureau de la Commission d'Organisation du Congrès international de la Presse médicale de 1900 nous communique la note suivante.

Ont été désignés comme Délégués au Congrès par les diverses Associations de Presse médicale des Etats-Unis d'Amérique :

Pour l'*Association of American medical Editors* : Dr J. M. Mathews, Dr Horace Grant, Louisville. Ky. ; Dr George F. Butler, Dr George H. Simmons, Chicago ; Dr C. F. Taylor, Dr H. A. Hare, Philadelphia ; Dr Dillon Brown, Dr Daniel Lewis, New-York ; Dr Thos. H. Hawkins, Denver, Colo. ; Dr Henry W. Coe, Portland (Orégon).

Pour l'*American Medical Publishers Association* : Dr J. C. Culbertson, Cincinnati, Ohio ; Mr. J. Mac Donald, New-York City ; Dr Ferdinand King, New-York City ; Mr. Charles Wood Fassett, St-Joseph, Mo. ; Dr Landon B. Edwards, Richmond, Va.

Pour le *Medical Press Club of the Mississippi Valley* ; Dr I. N. Love, St-Louis, Mo. ; Dr Franck P. Norbury, Jacksonville, Ill. ; Dr Alexander J. Stone, St-Paul, Minn. ; Dr John Punton, Kansas City, Mo. ; Dr Marc Ray Hughes, St-Louis, Mo.

Sur les deux questions principales inscrites à l'ordre du jour du Congrès : *Organisation d'une Association internationale de la Presse médicale* et *Protection de la propriété littéraire des articles médicaux*, deux rapports seront fournis par Mr Charles Wood Fassett, St-Joseph Mo., Secrétaire de l'*American Medical Publishers Association* Directeur de l'*American*

Medical Journalist, pour la première, et par le Dr I. N. Love, Président de l'*American Medical Editors Association* pour la seconde.

Comités d'organisation constitués par les Associations étrangères de Presse médicale. — ALLEMAGNE : Professeur Virchow, Président d'honneur. Professeur Posner, Délégué.

Professeur Eulenburg (Berlin). Professeur Ewald (Berlin). Dr Schwabe (Berlin). Dr H. Lohlstein (Berlin). Dr Spatz (Munich). Dr Adler (Vienne), Dr Bum (Vienne), Dr Alex. Fraenkel (Vienne). Dr Herrnheiser (Prague).

ITALIE : Professeur Baccelli, *Président d'honneur*. Professeur F. Castellino (de Naples). Dr C. Vincenti (de Milan). Dr Rossi Doria de (Rome). Dr Michcli (de Rome). Dr C. Cucca (de Naples). Dr J. Abba (de Turin). Dr G. Gelli (de Florence). Dr L. Terronini (de Palerme). Professeur Spinelli (de Naples). Professeur L. Lucatello (de Padoue).

ESPAGNE : Dr Valledor, *Président*.

Dr Serret ; Dr Ulecia ; Dr Calatraveno, *Membres*. D Larra *Secrétaire*.

1er *Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale.* — Le Comité du Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, qui se tiendra à Paris, du 23 au 28 juillet, a l'honneur de porter à la connaissance du corps médical ce qui suit :

Une réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer français et de 30 p. 100 sur la Compagnie Transatlantique sera accordée à tous les les adhérents au Congrès, qui auront versé leur cotisation *avant le 20 juin 1900*.

Les pièces nécessaires pour obtenir cette réduction seront adressées en même temps que la carte de Membre du Congrès, etc., etc.

La durée de validité du billet de chemin de fer *sera de 1 mois*, du 20 juillet au 20 août.

En ce qui concerne les logements à Paris, le Comité s'est préoccupé d'obtenir de différentes agences des conditions spéciales. Des circulaires très explicites et documentées, relatives aux propositions de ces agences, sont actuellement entre les mains des Présidents et Secrétaires des Comités de Patronage français et des Comités nationaux étrangers auxquels les congressistes désireux d'avoir à ce sujet des détails peuvent dès maintenant s'adresser.

Pour adhérer au Congrès, envoyer la cotisation de 15 francs (Membres titulaires) ou de 10 francs (Membres participants) (1) et sa carte de visite au trésorier du Congrès : M. Pierre Masson, 120, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Congrès international d'Electrologie et de Radiologie médicales. — A la demande de la Société française d'Electrothérapie et de Radiologie le Congrès international d'Electrologie et de Radiologie médicales dont elle a pris l'initiative est rattaché aux Congrès internationaux de 1900.

Un comité composé de MM. Weiss, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, président : *Apostoli* et *Oudin* vice-présidents ; *Doumer*, professeur à la Faculté de médecine de Lille, secrétaire général ; *Moutier*, secrétaire ; *Boisseau du Rocher*, trésorier ; et MM. *Bergonié*, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; *Bouchacourt*, *Brandy*, professeurs à l'Institut catholique de Paris ; *Broca* professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; *Larat*, *Radiguet*, *Villemin*, chirurgiens des hôpitaux ; a été chargé d'en assurer l'organisation.

Le Congrès se tiendra à Paris du 27 juillet au 1er août 1900.

On est prié, pour plus amples renseignements, de s'adresser à M. le professeur *E. Doumer*, 57, rue Nicolas-Leblanc, Lille, secrétaire général, auquel doit être adressée toute la correspondance relative à ce Congrès.

Les adhésions doivent être envoyées à M. le Dr *Moutier*, 11, rue de Miromesnil, Paris.

Pour devenir pharmacien de 2e classe. — La loi du 19 avril 1898, relative à l'unification du diplôme de pharmacien, dispose que l'inscription en vue du diplôme de 2e classe pourra encore être reçue pendant un délai de deux ans.

On se rappelle que ce délai expirera le 19 avril prochain. Quiconque n'aura pas bénéficié des dispositions transitoires édictées par la loi et ne sera pas à cette date titulaire d'une première inscription de stage ne pourra plus être admis à entrer en pharmacie en vue du diplôme de 2e classe.

Les jeunes gens pourvus du certificat d'études des pharmaciens de 2e classe qui auraient été appelés sous les drapeaux avant de prendre leur première inscription de stage, devront se faire inscrire sans retard au greffe d'une justice de paix (ou au Secrétariat de la Faculté s'ils sont en garnison à Bordeaux). Mais comme le stage ne peut être continué pendant la durée du service militaire, ils se feront ensuite délivrer régulièrement au greffe un exéat, qui sera mentionné au registre d'inscriptions.

Congrès des spécialités pharmaceutiques, les 3 et 4 Septembre 1900. — Cotisation : 20 fr. *Président* M. V. Fumouze, *Secrétaire général*, M. Leprince. Adresser bulletins d'adhésion et cotisations à M. Belières, trésorier, 19, rue Drouot, Paris.

La lutte contre l'alcoolisme. — Les incidents récents de la croisade contre ce fléau méritent d'être signalés. Après la campagne faite à l'hôpital par M. le Dr Le Gendre, après l'affichage entrepris par le Préfet de Meurthe-et-Moselle, voici que les généraux Galliéni pour Madagascar, Kossler et Donop, commandants de corps d'armée, proscrivent l'alcool des cantines. On ne saurait trop louer tous ces efforts et toutes ces initiatives.

Distinctions honorifiques. — Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs la nomination au grade de chevalier de la légion d'honneur de M. le docteur HOURADON, de Figeac (Lot), membre du « *Concours Médical* »

L'école des infirmières à domicile. — Nous avions annoncé sa naissance, l'année dernière. La séance d'ouverture a eu lieu ces jours derniers sous la présidence du Dr Reclus, et a été marquée par une conférence de M. Duclaux, qui a montré la raison d'être de cette institution et rappelé son siège, 8, rue Garancière.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

No 4469. — M. le docteur GARLOPEAU, de Thoiry (Seine-et-Oise), présenté par M. le docteur Camescasse, de Saint-Arnoult (Seine-et-Oise), et membre du Syndicat de Rambouillet.

No 4470. — M. le docteur CURET, de Toulon (Var), présenté par M. le docteur Hyades, de Lorient.

NECROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs MOREAU, des Herbiers (Vendée), et CORMIER, de Saint-Denis-la-Chevasse (Vendée), membres du « Concours Médical. »

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

(1) Les Membres participants (étudiants en médecine, femmes des congressistes) peuvent bénéficier de la réduction sur les Chemins de fer. Les Membre participants n'auront pas droit aux publications du Congrès.

Vingt-deuxième année. N° 11 17 MARS 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La réduction de la taxe de nos chevaux et voitures à partir de 1900 (1).

M. le Dr Dron, député du Nord, membre du Concours médical, s'est imposé, l'année dernière, la tâche de faire disparaître ou d'alléger une des charges fiscales qui nous atteignaient le plus injustement, celle de la taxe pleine des chevaux et des voitures, telle que nous l'avait faite la loi du 23 juillet 1872.

Il a poursuivi son but avec une opiniâtreté et une discrétion qui ont été pour beaucoup dans le succès.

En lui adressant ici tous nos remercîments, nous voulons lui laisser le soin de porter, lui-même, cette bonne nouvelle à nos lecteurs.

A cet effet nous reproduisons purement et simplement l'exposé sans prétention, mais bien complet, des diverses phases qu'a traversées l'affaire, tel que nous le présente la note de M. le Dr Dron.

La taxe sur les voitures et chevaux a été appliquée, pour la première fois, en 1863. (LOI DU 2 JUILLET 1862.)

Art 1er. — A partir du 1er janvier 1863, il sera perçu une contribution annuelle par chaque voiture attelée et pour chaque cheval affecté au service personnel du propriétaire ou au service de sa famille.

Le tarif était le suivant (art. 5) :

	Voitures à 4 roues	Voitures à 2 roues	Cheval de selle ou d'attelage
	—	—	—
Paris	60	40	25
Communes de plus de 40.000 habitants	50	25	20
Communes de plus de 20.001 à 40.000 habit.	40	20	15
Communes de plus de 3.001 à 20.000 habit.	25	10	10
Communes 3.000 habit. et au-dessous	10	5	5

non comprise une somme pour fonds de non valeurs, c'est-à-dire pour compenser les créances irrécouvrables.

Enfin l'article 6 était ainsi conçu : « Les voitures et chevaux qui seront employés, en partie, pour le service du propriétaire et de la famille et en partie pour le service de l'agriculture ou d'une profession quelconque donnant lieu à l'imposition d'une patente, ne sont point passibles de la taxe. »

Cet article 6 avait donné lieu à une foule d'abus et avait rendu l'impôt improductif : la plupart des chevaux et voitures échappaient.

Aussi la loi fut-elle modifiée, le *23 juillet 1872*, comme suit ;

« *Art. 5.* — A partir du *1er janvier 1873* les taxes spécifiées à l'art. 5 de la loi du 2 juillet 1862 concernant les contributions sur les chevaux et voitures seront appliquées : 1° aux voitures suspendues destinées au transport des personnes ; 2° aux chevaux servant à atteler les voitures imposables ; 3° aux chevaux de selle.

Art. 6. — La taxe est réduite de moitié pour les voitures et chevaux imposables d'après l'article ci-dessus, lorsqu'ils sont *exclusivement employés* au service de l'agriculture ou d'une profession quelconque, donnant lieu à l'imposition de droits de patente, sauf en ce qui concerne les professions rangées dans

(1) *Nous sommes heureux d'être les premiers à donner cette bonne nouvelle aux médecins. On va recevoir le rôle d'impôts chevaux et voiture. On doit payer moitié moins que l'année dernière.*

le tableau G annexé à la loi du 18 mai 1850 et dans les tableaux correspondants annexés aux lois de patente subséquentes ».

Les professions du tableau G sont surtout les professions libérales (médecins, vétérinaires, notaires, ministres du culte, huissiers).

Les voitures des médecins, exemptes de 1862 à 1872, ont donc été frappées de la taxe entière depuis 1873, puisqu'on ne les a pas admises à la demi-taxe consentie pour les autres patentés.

Pas de changement jusqu'en 1879. La loi du 23 déc. 1879 dispose qu'à partir du 1er janvier 1880 le tarif sera modifié : il est créé une catégorie de plus. Au lieu des taxes de 25 fr., 10 fr. et 10 francs établies dans les communes de 3.001 à 20.000, on fixe les taxes à 30, 15 et 12 pour les communes de 10.001 à 20.000 et à 25, 10 et 10 pour les communes de 5001 à 10.000.

L'art. 6 reste le même qu'en 1872, sauf que les mots *habituellement employés* sont substitués aux mots *exclusivement employés* (pour empêcher les interprétations trop rigoureuses du fisc).

Les voitures des médecins paient toujours la taxe entière.

Les lois suivantes des *29 déc. 1884* et *13 avril 1898* n'apportent aucune modification.

Jusqu'en 1898, le médecin payait donc à *Tourcoing*, circonscription que je représente, pour 2 chevaux et 2 voitures 140 francs + 6 francs de répartition des fonds de non valeur (irrécouvrables) = 146.

Survint l'application de la loi 29 décembre 1897 qui obligea les communes à détaxer les droits d'octroi sur les boissons hygiéniques et leur permit de récupérer le déficit, par des taxes nouvelles, au nombre desquelles figure le doublement, au profit de la commune, de la taxe sur les chevaux et voitures.

La ville de Tourcoing fut obligée d'appliquer la loi dès le 1er janvier 1899 et les médecins eurent à supporter pour cette dernière année une imposition de 286 francs.

C'était exorbitant ! C'était le sort réservé, dans un avenir prochain, à toutes les communes importantes ayant un octroi.

C'est ce qui m'amena à déposer un amendement à la loi des quatre contributions directes.

Après de nombreux pourparlers et des études minutieuses du gouvernement, on dut reconnaître que mon amendement était justifié : il me suffit de comparaître devant la commission du budget pour la gagner, elle aussi, tout entière, à ma cause, à la cause des médecins.

Aussi l'article de la loi de finances, *pour 1900*, est-il désormais un fait acquis, et ses deux derniers paragraphes nous donnent pleine satisfaction.

La taxe est réduite de moitié pour les chevaux et voitures imposés d'après l'article 5 de la loi du 23 juillet 1872, lorsqu'ils sont employés habituellement pour le service de l'agriculture ou d'une profession quelconque, donnant lieu à l'application du droit de patente, sauf en ce qui concerne les professions rangées dans le tableau G annexé à la loi du 18 mai 1850 et dans les tableaux correspondants annexés aux lois de patentes subséquentes.

Par exception à la disposition qui termine le paragraphe précédent, la taxe sera réduite de moitié pour les docteurs en médecine, officiers de santé et médecins vétérinaires.

Le déchet pour l'Etat doit être d'environ 150.000 fr. sinon plus ; sans compter le déchet qui en résultera pour les communes doublant cette taxe, pour compenser le dégrèvement des boissons hygiéniques. Il s'agissait donc de plusieurs centaines de mille francs.

Je n'ai pas eu à intervenir à la tribune, puisque j'avais réussi à forcer la main, après plusieurs mois de persévérance, au ministre des finances (le directeur des contributions directes était alors M. Legay, qui a très loyalement reconnu l'injustice), et ensuite à la commission du budget. Le résultat était acquis : toute parade à la tribune était inutile.

Dr Dron.

En même temps que cette note si bienvenue, M. Dron nous envoie un extrait de la discussion qui eut lieu au Corps législatif, lors de l'apparition de la loi de 1862.

Discussion au Corps législatif en 1862.

M. le Président du Conseil d'Etat. — Un dernier mot sur une confusion qui, a-t-on dit, se serait glissée au sujet du mot patentés. J'insiste là-dessus. Ce qui est exempt de l'impôt, ce sont les chevaux servant principalement à une industrie payant patente. Ainsi, le médecin dans la campagne ; je ne dis pas à Paris.

Une voix. — Pourquoi ?

M. le Président du Conseil d'Etat. — Je vais vous-

FEUILLETON

Ma première fracture

Si incroyable que paraisse la chose, il était possible, il y a quelque vingt ans et même moins, d'être reçu docteur en médecine sans avoir fait, ni vu faire, le moindre accouchement. Sans parler du vulgum pecus, représenté par les stagiaires nomades, les externes, eux-mêmes, finissaient souvent leurs études sans avoir réduit la plus bénigne fracture, sans avoir préparé et posé le plus simple des appareils. L'extraction des dents, on l'apprenait, pendant les heures de loisir, en s'escrimant à coups de clef de Garengeot, sur une malheureuse tête de mouton achetée au rabais chez le tripier du coin.

Bien rares étaient ceux qui auraient su employer convenablement un amygdalotome, ou les instruments d'exploration, pourtant si utiles, tels que le laryngoscope ou l'ophtalmoscope.

Il est donc aisé de concevoir combien le jour de la thèse, victorieusement soutenue, était un jour de joie factice et éphémère. Il annonçait la fin de la série interminable des examens, devenus, à la longue, pour l'étudiant, un véritable cauchemar ; mais de combien d'hésitations, d'incertitudes, de fausses manœuvres et d'angoisses n'était-il pas le prélude ?

A peine installé, les inquiétudes du débutant commençaient. Tout cas, sortant un tant soit peu de la banalité des choses vues à l'hôpital, pendant les rapides visites, qui ne permettaient pas de loger dans la rétine ni l'image du malade, ni celle de la lésion, devenait embarrassant et ôtait tout repos. Le bénéfice d'études laborieuses s'en allait à vau-l'eau, parce qu'elles avaient été mal dirigées et faites sans la moindre idée pratique, sans la moindre intuition de l'omniscience que doit paraître posséder l'humble médecin de campagne, sous peine de menace incessante d'échecs irréparables.

Me trouvant au nombre de ceux qu'il est permis d'appeler « les trop tôt venus » dans la carrière médicale, il est aisé de concevoir quelles furent mes appréhensions lorsque, deux mois à peine après mon installation, j'eus à traiter ma première fracture. Hélas ! ce ne fut point la bénévole fracture du péroné si complaisante à guérir, ni la fracture en rave du tibia, qualifiée, par Tillaux, de fracture providentielle pour asseoir la réputation chancelante jusque là ; mais bel et bien une fracture en V avec perforation et saillie du fragment malencontreux.

Il s'agissait d'une femme de cinquante ans environ, énorme en raison des masses adipeuses qui avaient couvert et sillonné sa peau d'innombrables vergetures. Son mari, maigre comme un clou, formait avec elle un violent contraste. Les favoris en côtelette, l'absence de moustache, la figure bleuie des coups de rasoir quotidiens ; sa parole, son attitude et ses gestes tout en lui, décelait l'ancien

le dire, c'est un objet d'appréciation. Voulez-vous faire des lois ne laissant jamais matière au doute ? Vous y réussirez difficilement ; nous voulons que les chevaux servant principalement à une industrie patentée, pour l'exploitation de l'industrie, et servant accidentellement à la famille, ne paient pas. J'ai parlé de Paris. Un notaire qui a une voiture à Paris, pourra être obligé de payer, tandis que le notaire de campagne forcé de parcourir un grand périmètre, pourra bien ne pas payer. Ce ne sera pas de l'inégalité, ce sera de l'égalité......

Notre intention est de dire que l'impôt ne sera pas payé par les chevaux nécessaires à l'exercice d'une profession.

M Dalloz. — Ainsi les chevaux de médecins ?

M. le Président du Conseil d'Etat. — « sont exempts ».

Mon explication, en définitive, la voici. La pensée du projet, c'est que la voiture qui, d'abord, devait payer le demi-droit, et qui maintenant est exemptée, c'est la voiture nécessaire à l'agriculture ou à l'industrie, sujette à la patente, et servant accidentellement aux besoins de la famille. On voulait d'abord qu'il y eût une demi-taxe : maintenant on dit que « quand même les chevaux serviraient à la famille, ils ne paieront pas » ; habituellement ils sont employés à l'agriculture ou à une industrie......

M. Darimon. — Un médecin de Paris paiera-t-il ?

M. le Président du Conseil d'Etat. — Un médecin de Paris ne paiera pas. (Interruption.) Il va sans dire que si un médecin a dans son écurie quatre ou six chevaux...... (Nouvelle interruption.) La voiture que la loi exempte de l'impôt, c'est seulement la voiture employée à l'exercice de la profession.

M. Darimon. — A Paris un médecin occupé ne peut exercer sa profession avec un seul cheval.

M. le Président du Conseil d'Etat. — Il est évident que la loi ne peut prévoir toutes les espèces ; elles ne peut qu'établir des principes généraux. Eh bien, ici, le principe, c'est que la voiture et le cheval, ou même les chevaux, au pluriel, employés à l'exercice de la profession ne paient pas. »

Voilà les explications que j'avais à donner. »

Nous ne savons si cette dernière communication de notre aimable confrère a pour but de nous laisser entendre qu'il n'est qu'à demi satisfait, et qu'il voudrait bien arriver à ce que la législation fiscale future nous rendît, sous forme d'exemption complète, la justice qu'on nous destinait à l'origine.

Mais il convient sans doute de modérer nos désirs et de ne pas ambitionner, pour le moment, d'être mieux traités que les autres patentés.

Remercions donc M. Dron d'avoir obtenu ce qu'il était possible de demander sans faire crier au privilège.

Il a droit à toute notre reconnaissance.

H. J.

LA SEMAINE MEDICALE

Erratum.

Dans le n° 7 du *Concours médical* de 1900, à la page 74, nous avons omis, par inadvertance, de signaler que la petite notice sur le bégaiement était tirée du journal « *La Parole* » du Dr Marcel Natier.

Névrose et supériorité intellectuelle.

Dans une récente conférence, M. le Dr *Grasset*, de Montpellier, étudie les relations de la névrose et de la supériorité intellectuelle et essaie de montrer que l'une est tout à fait indépendante de l'autre. De nombreux auteurs, en effet, se basant sur l'histoire, qui rapporte que la plupart des grands hommes étaient atteints d'une névrose quelconque, admettent un rapport étroit entre ces deux états : la supériorité intellectuelle et la névrose.

Lombroso proclame la nature morbide du génie ; il enseigne que le génie est une névrose particulière ; c'est, dit-il, de l'épilepsie.

Pour défendre la thèse de Lombroso, il faudrait, selon l'expression d'Anatole France, faire passer le mot épilepsie « a la meule », le démasquer, le défigurer au point de lui enlever toute sa netteté originelle, toute sa valeur scien-

---

serviteur vieilli et enrichi dans ce qu'on est convenu d'appeler les bonnes maisons. Malheureusement pour moi, mes inductions n'étaient pas fausses. Le mari de ma malade avait conduit, pendant bien des années, le coupé du professseur Richet dans la cour de l'Hôtel-Dieu, et, à se frotter au Maître, tous les jours, il avait cru apprendre, sinon la médecine, du moins la chirurgie

Il fallait voir la morgue hautaine avec laquelle il me surveillait, moi, pauvre médecin de campagne, pendant la confection et la pose de l'appareil. Ses critiques grotesques m'exaspéraient et, pendant ce temps, la femelle se lamentait et geignait au moindre mouvement imprimé au membre fracturé. « Je serai estropiée, je boiterai toute ma vie, disait-elle ; si, au moins, cet accident m'était arrivé à Paris, comme ce bon M. Richet m'aurait bien soignée et guérie. »

La patience du débutant ne se mesure pas ; que de fois elle est poussée aux limites extrêmes par le malade ou la famille !

Pendant les trente-cinq jours que ma malade resta dans l'appareil, je dus la visiter tous les deux ou trois jours. Elle habitait à quatorze kilomètres de mon domicile. Le moindre malaise, les plus légers troubles digestifs, exigeaient une visite immédiate que le télégraphe me transmettait avec une régularité désespérante et sur un ton impératif qu'il est toujours peu agréable de subir.

Je pus enfin substituer au premier appareil un appareil silicaté et autoriser la marche avec des béquilles. En présence du résultat, que je n'osais espérer aussi beau, ma cliente aurait dû se déclarer satisfaite. Il n'en fut rien. Elle et lui gémirent sur une claudication passagère, qu'ils affirmèrent définitive. Le souvenir du bon M. Richet fut encore évoqué.

Ecœuré d'un pareil parti pris, d'une mauvaise foi si évidente, je renonçai à persuader des gens prévenus, qui ne voulaient pas l'être. Je revis une dernière fois ma malade pour lui enlever le deuxième appareil et depuis lors, pendant un an, je n'entendis plus parler d'elle.

Je me résignai à envoyer bien timidement une note, dans laquelle je réclamai pour mes soins et mes visites, cent francs. Deux jours après, je reçus cinquante francs par lettre recommandée. L'ex-cocher du professeur Richet me signifiait, qu'à moins d'un procès, il ne me donnerait pas un centime de plus et qu'il demanderait des dommages-intérêts pour cause de la boiterie de sa femme, dont j'étais responsable.

Une légère enquête m'apprit que cette claudication était insignifiante, à peine sensible. Néanmoins j'acceptai la dérisoire somme offerte, parce que j'étais jeune, parce que je redoutais les conséquences d'un procès au point de vue de ma clientèle. Si le Sou médical eût existé, je me serais tiré de cette affaire un peu plus à mon honneur.

Dr Gache.

tifique, et en faire un terme flou, synonyme de névropathie dégénérative en général.

Mais alors, ce n'est plus à l'épilepsie que l'on rattache le génie et la supériorité, c'est à la névrose en général ; c'est-à-dire qu'alors on abandonne la théorie de Lombroso pour soutenir celle de Moreau de Tours.

Les idées de Moreau de Tours sont plus séduisantes et contiennent une plus grande part de vérité : pour lui, la supériorité intellectuelle est la manifestation d'une névrose, caractérisée par l'exaltation morbide du système nerveux.

Là encore est une idée à combattre, celle de vouloir faire de la supériorité une maladie, une manifestation de névrose.

Pour M. Grasset, il n'y a, en réalité, qu'une coïncidence entre la névrose et la supériorité intellectuelle. L'explication de ce fait réside dans deux lois physiologiques bien simples et bien classiques.

Chacun de nous a un tempérament qui se manifeste dans sa vie physiologique et dans sa vie morbide. Ainsi, le nerveux vit en nerveux, quand il se porte bien et, d'autre part, réalise, plus souvent que d'autres, des maladies nerveuses ou présente plus facilement la forme nerveuse des maladies qu'il subit.

Eh bien, c'est précisément ce tempérament nerveux très marqué, l'état névropathique, héréditaire ou acquis, qui se retrouve à la fois chez les supérieurs et chez les névrosés, qui forme le lien entre la supériorité et la névrose. — C'est la racine commune de ces deux branches, d'ailleurs fort différentes.

Et ainsi apparaît la seconde loi physiologique à signaler : c'est la loi des localisations cérébrales, de la division du travail cérébral.

Aux fonctions multiples du cerveau correspondent des parties multiples de cet organe. Si certains groupes de cellules président au langage, d'autres président aux sensations visuelles ou auditives, d'autres aux mouvements.

Dès lors, on comprend que, chez la même personne, certains centres nerveux se développent avec une exagération superbe, tandis que d'autres pâtissent et deviennent malades.

Cela veut dire que *quand le même homme est à la fois névrosé et supérieur, il est névrosé par une zone de son système nerveux et supérieur par une autre.*

Quand Pasteur a découvert le remède de la rage, il avait eu une paralysie par lésion du cerveau. Evidemment, les cellules avec lesquelles il a fait sa découverte, n'étaient pas les mêmes que celles que l'attaque avait frappées.

Donc, *la supériorité et la névrose ne sont reliées chez le même individu que par la souche commune. Ce tronc commun est un tempérament et non une maladie.* De ce tronc commun sortent des branches de vigueur et d'aspect bien différents : l'une rabougrie et maladive (c'est la névrose), l'autre d'une magnifique et vigoureuse frondaison (c'est le génie).

Médicalement, le génie et la supériorité ne sont plus des maladies à combattre et à guérir.

Le supérieur garde son grand rôle social, qu'il faut protéger et développer. Il n'est pas nécessairement malade, et, s'il l'est, il ne l'est pas de sa supériorité, mais d'une névrose coexistante.

L'âge de la faculté de procréation.

L'âge de l'aptitude à la procréation sera discuté longtemps encore, et des affaires de paternité contestée seront de temps en temps inscrites au rôle des tribunaux français. Hoffmann, Klose, Brouardel ont vu des cas indiscutables de paternité à douze ou treize ans et demi.

En ce qui concerne l'époque à laquelle cesse l'aptitude à la fécondation, le dicton populaire : « L'homme qui se marie à soixante ans a parfois des enfants, celui qui se marie à soixante-dix en a toujours » semble être une erreur.

Des exemples indubitables de paternité aux âges les plus avancés, à quatre-vingt douze ans, sont consignés dans les annales de la science. Meude cite le cas d'un homme qui, après avoir eu dix-neuf enfants au cours de son mariage, fut convaincu de paternité illégitime à quatre-vingt-douze ans.

Des recherches histologiques récentes confirment la possibilité de ces paternités tardives, exception faite toutefois par les nonagénaires.

Dans le sperme de vieillards de 73 à 82 ans, le professeur Duplay a trouvé des spermatozoïdes aussi nombreux que ceux d'un adulte. M. Dieu a fait les mêmes constatations chez des vieillards de l'hôpital des Invalides. Quatre des observations de ce médecin ont été faites sur des nonagénaires, aucun d'eux n'avait de spermatozoïdes. M. Dieu n'a jamais constaté de spermatozoïdes au-dessus de quatre-vingt-six ans.

Cure d'huile contre la constipation.

Le *Lyon médical* rapporte que Küssmaul et Heiner emploient les lavements huileux contre la constipation atonique ; l'huile employée est l'huile d'olive ou l'huile d'œillette ; on en administre d'abord 500 grammes par lavement ; puis la dose est réduite à 250 grammes. L'huile doit être à la température du corps ; pour donner le lavement, le malade est placé dans le décubitus dorsal ; la canule est enfoncée de 15 centimètres environ, et on fait fonctionner l'irrigateur assez lentement pour que l'opération dure de quinze à vingt minutes. Le malade doit rester couché une heure après le lavement ; il doit se coucher alternativement sur le dos, sur le côté gauche et sur le côté droit, de manière à faciliter la progression de l'huile : ordinairement une selle se produit trois ou quatre heures après. On recommence tous les jours jusqu'à ce que les selles soient pâteuses et bilieuses ; on fait ensuite une pause de plusieurs jours, jusqu'à ce que les selles soient de nouveau plus sèches ou qu'elles aient cessé d'être quotidiennes.

Les selles liquides qui résultent des lavements huileux sont dues non seulement au ramollissement des fèces, mais encore à des réactions chimiques qui s'opèrent au contact des sucs digestifs, non encore décomposés. Les alcalis de la bile et du suc pancréatique s'unissent aux acides gras de l'huile, pour former des savons et mettre en liberté de la glycérine et des acides gras ; ces substances nouvelles excitent les mouvements péristaltiques de l'intestin.

Inconvénients de la médication cacodylique

M. le Dr *Robert Simon* insiste, dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, sur les inconvénients de la médication cacodylique, employée par la bouche et par le rectum.

En effet, le cacodylate de soude ingéré, ou absorbé par le rectum, se dédouble dans le tube digestif en oxyde de cacodyle, et ce mode d'administration doit être absolument proscrit, comme l'a d'ailleurs conseillé M. le professeur Gautier, dans ses communications à l'Académie (6 juin et 31 octobre 1899) ; en second lieu, les cacodylates de soude du commerce ne sont pas d'une pureté suffisante.

En effet, avec la solution du professeur Gautier :

Acide cacodylique pur	5 gr.
Soude caustique ou carbonate de soude	q. s. pour saturer
Eau distillée......	q. s. pour 100 c c.

solution qui, après stérilisation, reste absolument neutre, on n'a jamais observé le développement de l'odeur alliacée ; tandis qu'elle est des plus fréquentes avec les solutions préparées selon la formule :

Cacodylate de soude...	6 gr. 40
Eau distillée..........	q. s. pour 100 c.c.

Si l'on étudie les solutions stérilisées faites selon cette dernière formule et qui dégagent l'odeur alliacée, on constate qu'elles ont une coloration jaunâtre, tandis que les premières sont incolores ; or, tous les sels acides jaunissent par la stérilisation.

D'après M. Robert Simon, il est donc nécessaire : 1° de déconseiller l'administration du cacodylate par toute autre voie que la voie hypodermique ; 2° de conseiller, pour l'usage hypodermique, non pas une solution d'un cacodylate sur la pureté duquel, on ne peut être fixé, mais la solution obtenue en partant de l'acide cacodylique et de la soude, telle que l'a formulée en premier lieu le professeur Gautier, et qu'on a toujours trouvée exempte de tout inconvénient.

La fièvre typhoïde pendant les suites de couches.

Notre distingué collègue, le Dr *Lepage*, vient de faire une très intéressante communication à la Société d'obstétrique et de pœdiatrie, sur la fièvre typhoïde pendant les suites de couches.

« Jusqu'à l'importante communication de M. Widal sur le séro-diagnostic, dit le Dr Lepage, il était fort difficile au clinicien de reconnaître que les accidents fébriles, observés chez une accouchée, étaient dus à une dothiénentérie ; le diagnostic devenait presque impossible lorsque, chez une femme jusque-là bien portante, les premières manifestations survenaient seulement le 3e ou le 4e jour après l'accouchement, c'est-à-dire à l'époque où apparaissent habituellement les signes de l'infection utérine. Sans doute, dans les cas types, un clinicien habile pouvait tardivement, en jetant un coup d'œil rétrospectif sur la marche des accidents, affirmer qu'il s'agissait bien d'une fièvre typhoïde ; mais, le plus habituellement, le diagnostic restait en suspens, surtout dans ces dernières années où les infections puerpérales se manifestent par des formes atténuées, dont les signes s'éloignent notablement, par leur début, par leur intensité et par leur gravité, des formes graves qu'on observait le plus souvent jadis.

« Le diagnostic est des plus délicats, car les symptômes intestinaux sont généralement nuls au début de la fièvre typhoïde : il y a de la constipation, et le volume de l'utérus empêche la recherche du gargouillement iléo-cæcal ; il est cependant de la plus haute importance d'établir un diagnostic hâtif, afin d'instituer aussitôt que possible le seul traitement qui permette de combattre une forme généralement grave de la pyrexie. »

A cette question du diagnostic se rattache, en effet, une question de traitement : voici une femme accouchée depuis 4 ou 5 jours qui présente des accidents généraux et des symptômes fébriles. S'agit-il d'accidents septicémiques d'origine utérine ? On institue, de suite, un traitement utérin (curettage, injection intra-utérine, etc.) dont le moindre inconvénient est, dans l'espèce, d'être inutile. Par contre, si la dothiénentérie est méconnue, le traitement médical sera mal fait et les mesures prophylactiques (désinfection des garde-robes, etc.) ne seront pas appliquées.

Les accoucheurs doivent être d'autant plus reconnaissants, au Dr Widal, du moyen précieux de diagnostic qu'il a fourni, qu'il permet dans certains cas de dégager nettement la responsabilité de l'accoucheur. Trop de médecins s'imaginent encore, à l'heure actuelle, qu'avec de l'asepsie et de l'antisepsie, toute accouchée doit présenter des suites de couches apyrétiques ; les accoucheurs, enthousiasmés par les résultats fournis par les méthodes antiseptiques, ont contribué, pour une large part, à faire admettre cette opinion erronée, que l'expérience de chaque jour vient battre en brèche. Tantôt le streptocoque, tantôt le pneumocoque pénètre dans l'organisme avant l'accouchement, par une voie autre que les organes génitaux ; tantôt c'est le coli-bacille ou le bacille d'Eberth, dont les manifestations apparaissent quelques jours après l'accouchement, sans qu'il existe réellement d'infection utérine.

M. Lepage cite un certain nombre d'observations de fièvre typhoïde, chez des accouchées, vérifiée par le séro-diagnostic de Widal et il en tire les conclusions suivantes :

Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde est particulièrement important chez les accouchées : il permet de rattacher, rapidement et d'une manière indiscutable, à leur véritable cause, des accidents fébriles qu'on pourrait à tort attribuer à de l'infection utérine.

On a intérêt à pratiquer cet examen chez toute accouchée fébricitante, lorsqu'aucune particularité de l'accouchement ne permet de penser que les organes génitaux sont le point de départ des accidents. Cet examen s'impose toutes les fois que les accidents observés s'éloignent du tableau habituel des symptômes qui accompagnent l'infection à point de départ utérin.

Toutefois, il ne faut pas oublier que fièvre typhoïde et accidents septiques peuvent coïncider et que le diagnostic est alors difficile ; la bactériologie nous permettra sans doute un jour de reconnaître la coexistence de l'infection à bacille d'Eberth et de l'infection causée par un autre microbe (streptocoque, staphylocoque, etc.).

Droits de la femme en couches.

Quels sont les droits de la mère et du père, en présence d'un accouchement anormal et difficile ? M. le professeur Pinard vient de publier dans le *Progrès médical* une leçon fort intéressante sur ce sujet.

« Une femme enceinte a-t-elle le droit de refuser de laisser faire sur elle une opération destinée à sauver la vie de son enfant ? Non, répond M. Pinard, car cette femme n'a pas la compétence nécessaire pour discuter la nature de l'intervention. Lui laisser ce droit de discussion, c'est admettre la légalité de l'avortement, car ce serait un non sens d'admettre qu'une femme puisse être condamnée pour avoir provoqué la mort d'un fœtus de quelques mois, alors qu'elle aurait le droit de pratiquer, à terme, le fœticide.

Le mari a-t-il le droit de demander le sacrifice de l'enfant pour sauver la mère ? Pas davantage. Et, à ce propos, M. Pinard fait remarquer que le fameux « jus vitæ et mortis » sur lequel on s'appuie pour donner au père le droit de vie et de mort sur son enfant, résulte d'une interprétation erronée du texte du droit romain. Le législateur romain a bien donné au père de famille le droit de vie et de mort sur ses enfants et aussi sur sa femme, mais seulement en cas de faute : on ne voit pas bien quelle faute pourrait commettre un fœtus ?

L'accoucheur n'a donc pas le droit, ni moralement ni légalement, de pratiquer l'embryotomie sur l'enfant vivant. Le droit à la vie de ce dernier est un droit imprescriptible et sacré que nulle puissance ne peut lui ravir.

Du reste, sacrifier l'enfant pour sauver la mère, est une légende ; l'accoucheur ne se trouve jamais dans une alternative semblable, et enfin, dernier argument absolument décisif, alors que la symphyséotomie pratiquée dans *tous les cas* donne 12 p. 100 de mortalité, la craniotomie donne 11.5 %.

En résumé, le droit de vie et de mort n'appartient à personne, ni au père, ni à la mère, ni à l'accoucheur, ni même au directeur de l'hôpital. Le droit de choisir l'opération appartient seul au médecin.

Paludisme et moustiques.

D'après M. le Dr *Verdun*, agrégé de Lille, la transmission à l'homme de l'hématozoaire du paludisme, par le moustique, ne fait aucun doute.

« Les recherches de l'Anglais Ross, sur les parasites endoglobulaires du sang des oiseaux, ont été le point de départ de la découverte de l'évolution extérieure de l'hématozoaire de l'homme. Deux hématozoaires de l'alouette, l'halteridium et plus particulièrement le proteosoma, ont été étudiés dans leur cycle complet, par Ross, et les différentes transformations qu'ils subissent, tant dans le sang de l'oiseau que dans le corps de certains moustiques, sont suivies avec détail et bien exposées dans le travail de M. Verdun. On retrouve, en effet, dans les acini de la glande venimeuse, ainsi que dans la lumière du conduit sécréteur, des formes évolutives du proteosoma, les « baguettes germinatives », qui seront entraînées par la salive du diptère et déposées en même temps que le liquide venimeux dans la plaie faite par la trompe de l'insecte. Si l'animal piqué se trouve être un moineau ou une alouette, les baguettes germinatives envahiront le sang et redonneront des proteosoma.

« L'invasion de l'hématozoaire ne peut pas se faire par la voie buccale. »

Il résulte donc des recherches de Ross que l'évolution des hématozoaires de certains oiseaux est à peu près connue.

Ces notions peuvent être appliquées à l'hématozoaire du paludisme humain.

Plusieurs auteurs italiens ont pu cultiver les corps semi-lunaires chez une espèce de moustique « anopheles claviger » et ont assisté à la formation des cellules pigmentées. Poussant plus loin l'expérience, Bignami fait piquer un individu sain par un de ces moustiques nourris avec du sang de paludéen et voit apparaître, chez cet homme, les formes en croissant et tous les symptômes de la fièvre estivo-automnale.

Le problème est donc résolu : la transmission de la malaria par les moustiques ne fait plus de doute aujourd'hui. De ces découvertes très intéressantes, M. Verdun en déduit des explications au point de vue de la prophylaxie. Le desséchement des terrains marécageux et palustres, par le drainage et la culture, s'impose dans toutes les régions contaminées, afin de supprimer les conditions, humidité et décomposition de végétaux, qui facilitent la pullulation des moustiques. L'usage des moustiquaires met les hommes à l'abri des piqûres des insectes ; enfin l'emploi des substances insecticides, dans les habitations, en détruisant les moustiques, diminuerait les chances d'infection. (Deléarde, in *Bull. de la Soc. centr. de méd. du Nord*.)

Difficultés de la version par manœuvres internes.

M. le Dr *Maygrier* décrit, dans l'*Indépendance médicale*, les difficultés les plus fréquentes de la version par manœuvres internes ; il les divise en : 1° *difficultés du premier temps* : introduction gênée par l'indocilité de la femme (chloroforme), — par la résistance du périnée (vaseline... et patience), — un bras procident (ne pas s'en inquiéter), — cordon procident (le refouler le plus haut possible) ; — tumeur de la vulve et du vagin (les enlever, s'il le faut) ; — col insuffisamment dilaté (attendre ou dilater avec la main) ; — contractions incessantes de l'utérus gênant les mouvements de la main (attendre les intervalles, changer de main) ; — (rétraction de l'anneau de Bandl (essayer par la patience ; souvent l'enfant est mort : embryotomie).

2° *Difficultés du second temps* : pied trop mobile insaisissable (coiffer la main avec un gant de fil, de toile ou de soie) ; — dans l'évolution par une présentation de sommet, la tête peut ne pas remonter (tirer sur les pieds avec un lacs et repousser la tête) ; si l'anneau de Bandl est rétracté sur le cou du fœtus, introduire la main entre la tête du fœtus et la paroi utérine, et arriver par l'extrémité des doigts jusqu'à l'anneau de contraction que l'on refoule au dehors ; on a ainsi un plan incliné sur lequel la tête pourra glisser ; la tête est repoussée ou bien par l'autre

main, ou bien par le pouce de la main qui forme le plan incliné.

Le mentho-phénol.

On obtient ce produit en fondant ensemble

Phénol..................	1 partie.
Menthol.................	3 parties.

Il se présente sous l'aspect d'un liquide transparent, aromatique, peu soluble dans l'eau et la glycérine, mais soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme.

Il est analgésique et antiseptique. Employé en solution un peu étendue (XV gouttes pour un verre d'eau), il est un bon gargarisme. En solution forte, il peut être employé pour les plaies. La solution aqueuse chaude à 3 ou 6 p. 100 sert dans les petites opérations comme antiseptique et analgésique. (*Journ. de pharm. et chimie.*)

Le cimicifuga racemosa contre les bourdonnements d'oreille.

En présence de l'impuissance presque complète de la thérapeutique à l'égard des bourdonnements d'oreille, MM. Albert Robin et Mendel ont songé à employer contre ce symptôme si pénible un médicament peu usité, originaire de l'Amérique du Nord : le *cimicifuga racemosa.*

Cette substance leur a semblé être un médicament vasculaire et modérateur de l'irritabilité réflexe ; son action sur le cœur présente de lointaines ressemblances avec celle de la digitale : elle est en tout cas beaucoup plus faible.

Ils ont employé l'extrait de cimicifuga à dose moyenne de trente gouttes par jour : les résultats rapides et positifs obtenus, permettent presque de présenter ce médicament comme un spécifique des bourdonnements d'oreille. Douze malades, atteints d'affections auriculaires diverses, mais présentant tous des bourdonnements intenses et continuels — pour quelques-uns même l'existence était devenue insupportable — ont été traités.

Chez neuf malades, dès le lendemain ou le surlendemain de l'absorption du médicament, cessation complète des bruits subjectifs ; chez quelques-uns, le traitement a dû être repris, car les bourdonnements reparaissaient lors de la cessation du médicament.

Chez trois malades, aucun résultat ; chez ces derniers, l'affection remontait à cinq ans, dix ans et quarante-huit ans. (*Mois médical.*)

Pour conclure, les bourdonnements remontant à plus de deux années sont difficilement influencés par le cimicifuga.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

Remarques sur la grossesse extra-utérine.

Le Dr Krug (*Med. Wochensch.*, n° 5, 1899) note parmi les causes étiologiques de cet état, des diverticules dans la lumière de la trompe, des polypes tubaires, l'écrasement de la trompe par un fibro-myome. Le symptôme le plus important de la grossesse extra-utérine n'est pas l'aménorrhée; car elle n'est pas constante, mais bien les hémorrhagies atypiques, accompagnées de violentes douleurs ; ce qui indique des ruptures partielles. En outre, on trouve, le plus souvent en arrière de l'utérus, une tumeur distincte de cet organe; cela suffit si, dans les antécédents, on note des affections des annexes. Les erreurs sont toujours possibles. Les signes sont plus nets après une rupture de la poche, ou un avortement dans la cavité abdominale. Une douleur violente et subite, une hémorrhagie, des signes d'hémorrhagie interne, un pouls défectueux, une température élevée sont tout à fait caractéristique. Dans tous les cas le meilleur traitement est l'extirpation du sac; dans le doute, il est permis de faire une laparotomie exploratrice. Quand il y a rupture partielle, avec hémorrhagie peu abondante, on peut temporiser; il en est de même dans les cas d'hématocèle, car la résorption peut se produire.

L'Atrabiline en thérapeutique oculaire.

(*Woch. f. Therap. u. Hygiene d. Auges*, n° 40, 1899.)

Le Dr Wolffberg emploie avec succès l'*Atrabiline*, un nouveau médicament extrait des glandes surrénales. C'est une préparation stable, liquide, légèrement opalescente, dans laquelle se forme, au bout d'un certain temps, un léger dépôt grisâtre, et floconneux, d'ailleurs sans importance. Elle a été expérimentée en solution à 20 % et en solution concentrée. Ce médicament, hormis la mydriase et l'anesthésie, possède toutes les propriétés de la cocaïne, mais à un degré plus élevé. L'ischémie, qu'il produit, porte non seulement sur les vaisseaux superficiels, mais encore sur les vaisseaux profonds, tels que les vaisseaux ciliaires. L'atrabiline agit sur le pannus, et sur les vaisseaux pathologiques de la cornée, dans la kératite vasculaire parenchymateuse par exemple. On l'emploie dans la congestion des vaisseaux ciliaires profonds (Iritis-cyclite, episclérite) ou dans l'hypérémie fonctionnelle (Fatigue de l'accommodation). La formule conseillée est :

Atrabiline.........	2 grammes.
Acide borique......	0 50 centigr.
Eau distillée.......	10 grammes.

(Sous forme d'instillations.)

Sur la valeur des méthodes mécaniques dans le traitement de la conjonctivite granuleuse. (*Zeitschrift f. Augenheilkunde*, 1900, 1. B. 1. 11.)

Le Prof. Kuhnt déclare que le traitement radical du trachome est beaucoup plus facile dans les régions où cette maladie n'est pas endémique, que dans les régions infectées. Dans celles-ci, le mal offre beaucoup plus de résistance, tandis que, dans les premières, il suffit d'éliminer le produit pathologique pour obtenir des conditions meilleures de nutrition, et écarter l'affection d'une façon définitive. Dans les pays endémiques, en effet, où des familles entières sont infectées, les récidives sont fréquentes.

Il faut aussi tenir compte des variations individuelles. Quelquefois, en dehors de la muqueuse, le cartilage est également atteint. Un

individu, qui expose constamment ses yeux à des influences nocives, obtiendra du traitement un résultat moins satisfaisant.

Bref, il existe deux méthodes de traitement : la *méthode mécanique proprement dite* et la *méthode opératoire*. On n'est pas d'accord sur leur supériorité relative.

Il faut employer, comme méthodes mécaniques proprement dites, celles qui suppriment le trachome sans endommager les tissus environnants ; l'énucléation, l'écrasement, par exemple. L'auteur condamne le brossage, qui altère les zones voisines. L'écrasement ne peut être employé que si le trachome est bien délimité ; il faut donc l'écarter dans le premier stade, où la tumeur ne possède pas de consistance spéciale, et dans le troisième stade, quand elle acquiert la dureté d'une cicatrice. Cette méthode, jointe à des soins hygiéniques appropriés, donne d'excellents résultats dans les pays non endémiques. Pour l'énucléation, l'auteur a construit un appareil spécial (Expressor). Après cette opération, il faut faire un traitement médicamenteux (Crayon de sulfate de cuivre...).

On a recours à la méthode opératoire, quand le cartilage est atteint, infiltré, chose qui se reconnaît aisément à la chute de la paupière malade. L'auteur se sert d'un couteau effilé pour exciser, en même temps que le trachome, une partie plus ou moins grande du tarse. A la suite de ces méthodes mécaniques de traitement, on peut observer dans les pays endémiques, soit des récidives, soit des réinfections. Quand il y a récidive, les phénomènes pathologiques se reproduisent dans les 3 mois qui suivent l'opération. Si c'est une réinfection, les corpuscules trachomateux réapparaissent seulement après plus de six mois.

D'après Kuhnt, on ne doit opérer, qu'après avoir employé sans succès toute la thérapeutique médicamenteuse et conservatrice.

La saignée dans l'urémie.

Depuis quelque temps, la saignée, qu'on avait abandonnée pendant une dizaine d'années, a reparu en thérapeutique. Beaucoup de cliniciens l'emploient actuellement avec succès, dans l'urémie.

Leube conseille dans les formes graves d'urémie, quand les moyens ordinaires sont restés infructueux, de provoquer une élimination directe des poisons par une section veineuse, et de faire ensuite une injection de la solution saline physiologique. Il retire au malade 250 centim. cubes de sang et lui injecte environ 400 centim. cubes de solution saline à 0,6 %. Les effets de ce traitement sont, paraît-il, remarquables ; des malades à l'agonie ont encore pu être sauvés de la sorte.

Au dernier Congrès international de médecine à Moscou, Laache s'est montré un défenseur convaincu de cette méthode ; il a cité des cas où la saignée avait provoqué une crise urinaire bienfaisante, suivie d'une disparition rapide de tous les phénomènes graves, entre autres des contractures et de la perte de connaissance.

Le but des partisans de cette thérapeutique est de diminuer l'intoxication de l'organisme ; en soustrayant à l'organisme une certaine quantité de sang, ils le débarrassent aussi d'une partie de ces toxines, dont la présence cause le complexus symptomatique de l'urémie.

Cependant il est peu vraisemblable qu'on puisse provoquer une élimination suffisante de toxines en faisant une ou plusieurs saignées. Leube dit lui-même que la quantité de sang enlevée par la saignée est très vite remplacée par une résorption des liquides, qui imbibent les tissus, précisément chargés des produits de rétention ; cette diminution éventuelle des poisons du sang serait donc, si elle se produit, tout à fait passagère ; mais Leube pense écarter cet inconvénient par l'injection consécutive d'eau salée.

Laach pratique la saignée dans l'urémie, sans injection saline consécutive ; mais il va jusqu'à retirer un litre de sang. Son but est également de diminuer l'intoxication générale de l'organisme ; mais il pense, en outre, par cette grande soustraction de sang, produire un effet mécanique favorable sur la circulation, et activer la diurèse.

Bref, si on connaît les effets bienfaisants de cette thérapeutique dans l'urémie, on est encore loin de s'expliquer son mode d'action. Le Dr Richter (*Berl. klin. Wochensch.*, février 1900), a cherché à s'en rendre compte par quelques expériences.

On sait que l'urémie est, d'une façon générale, la traduction de l'insuffisance rénale. Les reins sont devenus incapables d'éliminer d'une manière suffisante les déchets normaux et anormaux de l'organisme. D'après la théorie récente de Koranyi, ces déchets augmenteraient la concentration moléculaire du sang, sa force osmotique, c'est-à-dire son pouvoir absorbant pour les liquides renfermés dans les tissus. Or cette force osmotique est en rapport direct avec l'abaissement du point de coagulation du sang, chose facile à établir avec des appareils spéciaux. Le Dr Richter a donc voulu voir si la saignée pouvait amener un abaissement de cette concentration moléculaire élevée du sang, caractéristique de l'urémie d'après Koranyi.

Il choisit comme animaux d'expérience des chiens. Chez les uns il produit la néphrite, par l'injection de substances très nocives pour les reins (cantharidine, etc.) ; chez les autres, il réalisa les conditions de l'urémie, mais d'une façon brusque, en pratiquant la néphrectomie ; il prit également des animaux comme témoins. Chez les animaux en expérience, il ne tardait pas à voir paraître, en même temps que les symptômes urémiques, la concentration moléculaire, signalée par Koranyi. Il leur fit des saignées plus ou moins nombreuses, avec injections consécutives d'eau salée. Voici quels furent ses résultats :

Chez les animaux, où l'insuffisance rénale s'était développée d'une façon lente et progressive par suite de l'absorption de poisons rénaux, jamais on ne nota, à la suite des saignées, de changements dans la concentration moléculaire relevée du sang.

Il en fut absolument de même pour les animaux, chez qui la concentration moléculaire du sang avait été obtenue d'une façon rapide, qu'on fît ou non une injection saline consécutive à la saignée.

Si donc, la saignée produit un abaissement de la concentration moléculaire du sang, il se

peut que cet abaissement soit trop faible pour être décelé pratiquement. Néanmoins, il ne faut pas s'arrêter aux insuccès d'une expérimentation destinée à justifier des vues théoriques ; il faut au contraire procurer aux urémiques tous les avantages d'une thérapeutique, qui reste encore sous le domaine de l'empirisme.

Recherche clinique de la bile dans l'urine.

Différents procédés sont en usage pour la recherche de la bile passant dans les urines. Ils ont pour but, sauf la réaction de Pettenkofer, de transformer la bilirubine jaune en dérivé coloré vert, la biliverdine.

Les différents réactifs employés sont : l'acide nitrique nitreux, l'acide chromique, l'aldéhyde formique, l'aseptol, l'iode. Ils agissent par oxydation des pigments biliaires, oxydation sous l'influence de laquelle les pigments subissent des transformations successives, accompagnées de changement de coloration.

Comme la composition de la bile est très instable, il importe de la déceler rapidement pour ne pas la laisser échapper à des essais ultérieurs. Il est nécessaire d'avoir un réactif clinique, facile à manier, qui permette au médecin de rechercher la bile au lit du malade, et en même temps de fixer ainsi le moment exact de son passage dans l'urine.

Le réactif à la teinture d'iode était connu depuis longtemps pour réaliser ces conditions. On se servait aussi d'une solution alcoolique d'iode plus faible, au centième, mais il fallait la verser avec précaution à la surface de l'urine, de manière à la recouvrir ; si l'on opérait délicatement, on voyait se former à la surface de séparation des deux liquides d'inégale densité, un anneau vert caractéristique du pigment biliaire. En outre, il fallait atteindre un juste milieu dans la quantité de réactif employé, car, à dose minime, la coloration verte caractéristique n'apparaissait ; en excès, elle disparaissait.

M. Mauget, pharmacien militaire, croit préférable (*Archives de Médecine militaire*) d'employer comme réactif une solution de chloroforme saturée d'iode, qui permet de mesurer l'action oxydante de l'iode, et de s'arrêter à la coloration verte de la biliverdine. Pour cela, il suffit de verser dans un verre à expérience, contenant de l'urine fraîchement émise, environ 5 cent. cubes de chloroforme iodé, et d'agiter avec mesure les deux liquides à l'aide d'une baguette de verre. Si la quantité d'iode est suffisante, on voit apparaître dans la hauteur du verre un nuage coloré. La teinte communiquée à l'urine peut varier, suivant la quantité de bile, de la couleur feuille morte à la couleur verte poireau, laquelle disparaîtrait, si l'on continuait l'action de l'iode.

Ce réactif est simple et d'une sensibilité telle que des traces minimes de bile peuvent être décelées dans l'urine ictérique à 8 p.1000, alors que les réactifs ordinaires ne donnent plus d'indications. Dr Georges.

THÉRAPEUTIQUE

Sanatoriums pour tuberculeux.

Les sanatoriums pour tuberculeux, qui se sont ouverts en France depuis deux ans, sont, en général, de petits établissements appelés à soigner de 10 à 20 malades. Plusieurs d'entre eux (celui de Meung-sur-Loire, Dr Leriche, et celui de Lagny, Dr Guelpa) ont déjà publié les résultats de leurs premières campagnes.

Nous recevons aujourd'hui les 15 observations enregistrées au Sanatorium d'Aas (Eaux-Bonnes).

Dans l'impossibilité où nous sommes de les reproduire in extenso, faute de place, nous présentons seulement les réflexions qui découlent de leur examen d'ensemble, et nous laissons la parole à celui qui a suivi les malades.

« Il résulte de la lecture de ces 15 observations que, dans 12 cas, l'amélioration a été très sensible et assez rapide, étant donné, surtout, le séjour relativement court fait au Sanatorium.

« D'après nous, une période de trois mois est insuffisante pour la plupart des tuberculeux qui devraient séjourner à la montagne de novembre à fin mars ou fin avril, comme ils le font généralement dans les stations hivernales. Les lésions pulmonaires, constatées au début du traitement, ont subi chez ces 12 malades une régression très marquée et persistante, d'après les nouvelles reçues.

« Comme complications en cours de traitement, il faut citer deux congestions pulmonaires légères (Obs. VIII et XV), survenues après une promenade trop pénible, faite à mon insu. Malgré une surveillance des plus constantes, il se trouve toujours quelques « indisciplinés » qui veulent mesurer trop tôt leurs forces et semblent rechercher, à plaisir, une complication, comme pour mettre en doute les conseils du médecin.

« Les malades des observations I et IX étaient des cas désespérés, à lésions pulmonaires très avancées et fièvre hectique continue, ne cédant à aucun agent médicamenteux. J'estime que tout déplacement est inutile et dangereux pour cette catégorie de malades, qu'il vaut mieux confier aux soins de la famille.

« Je n'insisterai pas sur les phénomènes observés dans tous les Sanatoriums et aussi dès qu'une nouvelle médication antituberculeuse est essayée (augmentation de l'appétit, diminution de la fièvre, des sueurs nocturnes, de la toux, de l'expectoration, augmentation de poids, etc.), mais je ferai cependant observer que chez mes malades, l'appétit a persisté durant toute la période passée au Sanatorium. Mes confrères exerçant dans les stations thermales d'altitude moyenne, ont fait, avant moi, la même remarque, et, dans le traitement de la tuberculose où l'alimentation joue un très grand rôle, le fait mérite d'être signalé tout particulièrement à l'attention des praticiens, avec d'autant plus de raison que l'inappétence est fréquemment observée, d'une façon intermittente, chez la plupart des tuberculeux.

« En résumé, ces observations de malades qui n'ont pas été « triés sur le volet », comme le disent si souvent les détracteurs des Sanatoriums, donnent une statistique très favorable et qui peut être hardiment comparée à celle des établissements similaires étrangers.

« Notre prétention n'a jamais été de guérir des cas de tuberculose arrivés à la période de cachexie (Obs. I et IX), mais mes confrères voudront bien estimer avec moi que le traitement

suivi dans les Sanatoriums français, de plaine ou d'altitude, suivant les indications, donne des résultats positifs, confirmés chaque jour par l'observation.

« Je passe aujourd'hui sous silence l'effet thérapeutique produit sur mes malades par la cure thermale, combinée à la cure d'air, me réservant d'écrire à ce sujet un article spécial que le *Concours médical*, qui s'intéresse tant à notre œuvre, voudra bien insérer dans un de ses prochains numéros. » Dr Portes.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Automobilisme médical

Très cher Directeur,

Vous avez bien voulu mettre à notre disposition avec votre gracieuseté habituelle les bureaux du Concours médical, pour une première réunion de chauffeurs médecins de Paris et des environs, ayant pour but d'étudier où en est exactement la question de l'automobilisme, en vue des avantages que les médecins de campagne surtout, pourront retirer de ce nouveau mode de transport, le jour où il sera devenu réellement pratique.

Il semble à première vue que le principal obstacle à la réalisation de ce désir du plus grand nombre soit le prix élevé des voitures automobiles, et que, le jour où une voiturette existera, d'un prix abordable, et fonctionnant aussi bien que les voitures de certaines marques, le grand obstacle aura disparu.

Tel n'a pas été le sentiment des chauffeurs présents à la réunion.

Ce qui coûtera toujours le plus cher, ce sera l'entretien du véhicule.

Et à ce sujet, le Dr Calbet, de Chatou, nous a fait une communication des plus instructives.

Depuis trois ans, notre confrère est possesseur d'une voiture Panhard, qu'il a toujours conduite lui-même et avec laquelle il a pu faire 18,000 kilomètres, sans aucun accident, grâce à la parfaite connaissance qu'il avait de sa voiture. Or, le Dr Calbet a relevé, avec une persévérance, qui lui a valu les compliments de ses confrères, et dans leurs moindres détails, toutes les dépenses de son automobile, y compris son amortissement calculé sur une durée de 10 ans. Il résulte de ce travail, et bien que le Dr Calbet n'ait jamais eu un chauffeur à son service, mais seulement un domestique ordinaire, pour faire les nettoyages, sous sa direction, que le kilomètre parcouru lui est revenu à 0,60 (*soixante francs pour cent kilomètres*).

Sa communication, comme on le voit, présente le plus grand intérêt ; elle est un précieux avertissement pour ceux de nos confrères, qui, emballés, disons le mot (comme en témoignent les lettres, que nous recevons) par la perspective de posséder un véhicule à marche rapide, n'envisageraient que son prix d'achat et la dépense en pétrole.

Remarquons surtout que le Dr Calbet n'a jamais eu de pannes, ni aucun de ces accidents auxquels seront exposés des confrères inexpérimentés ou peu soigneux de leur véhicule ; qu'il n'a jamais eu à son service un chauffeur qui d'ordinaire se paie 150 fr. par mois ; enfin, que, connaissant bien le mécanisme de sa voiture, il a pu faire lui-même bien des réparations. Aussi. nous a-t-il affirmé qu'il est impossible d'espérer une diminution de la dépense révélée par ses chiffres.

Il faut donc que ceux de nos confrères qui croient trouver dans l'automobilisme un moyen d'alléger leurs charges, renoncent à la voiture automobile, et se contentent pour le moment de la bicyclette si hygiénique, ou du tricycle à pétrole, malgré ses inconvénients, que signalait encore le Dr Duchenne, de Ferrière, dans un récent numéro du *Concours médical*.

Des renseignements communiqués par les différents membres présents à la réunion du 14 janvier, il nous a paru ressortir que c'était du côté des voiturettes à refroidissement par l'eau qu'il fallait pour le moment diriger nos recherches.

A cet effet, une commission a été nommée, composée des Drs Calbet et Des Chesnais, auxquels, comme conseil précieux, a été adjoint M. Maglin, professeur agrégé de mécanique à l'École Centrale, et particulièrement au courant de la question d'automobilisme.

Cette commission est chargée d'étudier les principaux types existants de voiturettes, et de faire un rapport à ce sujet, à la prochaine réunion.

Nous tiendrons par conséquent les lecteurs du *Concours médical* au courant de ce qui peut les intéresser dans cette question, et dès maintenant nous les engageons à se défier de toute précipitation.

Dr Le Menant des Chesnais,
(Ville d'Avray, S.-et-O.)

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Syndicat médical de Lille

Banquet du 20 janvier 1900.

Nous ne pouvons, à notre grand regret, que publier quelques passages du Discours-Revue, prononcé par l'excellent Président, M. le Dr Lamblin, membre du Concours.

Exercice illégal.

« Parmi les luttes que nous avons à souteir , il en est une que je vous signale spécialement, car elle est de tous les instants et elle menace de devenir, chaque jour, plus âpre et plus difficile : je veux parler de la lutte contre l'exercice illégal de notre profession.

« De la médecine, tout le monde en fait, c'est entendu ; beaucoup, je le concède, par humanité ; un certain nombre par esprit de lucre.

« Jusqu'à ces derniers temps, nos rivaux professaient individuellement et sous leur responsabilité. Mais voici qu'à côté de ces médicastres, dont la race prolifère toujours et nous enlève, bon an mal an, les deux cinquièmes de notre clientèle, d'autres sont venus qui, substituant à l'individu, la puissance financière de la collectivité, ont élevé l'exercice illégal à la hauteur d'une branche commerciale nouvelle, aussi florissante que lucrative. En effet, nous pouvons voir tous les jours, aussi bien sur le comptoir de l'épicier et du marchand de vins que sur le bureau aristocratique du propriétaire, un tas de brochures

réclames et de publications périodiques à grand tirage, tous organes de sociétés anonymes où le médecin digne de ce nom n'entre pas, et lancées dans le but que vous savez. Et que lisons-nous dans ces monographies ? A côté d'une description vague, très vague, mais très habile de l'étiologie et des symptômes de tel ou tel état diathésique, dans lesquels chacun diagnostique sa maladie présente ou future, se trouve détaillée la relation du seul et unique traitement par la Panacée Souveraine.

« L'acte médical est là au complet.

« Et l'on se demande pourquoi tant d'efforts pour décrocher le diplôme de docteur, alors que la guérison des maladies est à la portée de tous, et souvent assurée comme telle, en 24 ou 48 heures, à moins qu'il ne soit fait appel à la persévérance, ce qui rapporte plus.

« Et l'on se demande pourquoi la loi qui, en exigeant de nous de réelles garanties, assure en retour le devoir de nous protéger, ne réprime pas ces fraudes d'un nouveau genre, nuisibles non seulement au corps médical, mais aussi au public qu'on trompe par des promesses formelles et irréalisables, aux malheureux à qui l'on fait payer cher une drogue ou un talisman qui valent quatre sous.

« Des traitements, il y en a pour tous les goûts, la médecine ancienne est présentée sous forme de tisanes, pilules, onguents et confitures de tout acabit. La médecine nouvelle, au courant des derniers progrès de la science, fait le commerce à l'américaine ; elle traite par correspondance ; elle offre au public, selon les cas, mais toujours moyennant finances, insufflateurs, inspirateurs, plaques métallo-dynamo-thérapiques... à prix réduit, sans compter la bouteille, complément indispensable à la médication.

« D'autre part, ces sociétés financières, dont les réclames jetées à profusion indiquent la richesse, soit qu'elles fassent de l'exercice illégal de la médecine ou de la pharmacie, soit qu'elles se contentent de lancer un produit en... ique quelconque, se sentent si bien, chez nous, sur un terrain conquis, que, s'il nous prend la fantaisie de recommander, dans nos organes scientifiques, la substitution de telle formule que nous croyons bonne, à telle composition chimique dont nous ne discutons même pas la valeur, nous courons grand risque de nous voir traîner, comme de vulgaires contrefacteurs de marques, devant dame Justice, avec, comme corollaire, un alignement fantastique de billets de mille en guise de dommages-intérêts. C'est à croire qu'ils veulent faire payer leurs réclames par le corps médical.

« Et l'envahissement n'est qu'à ses débuts.

« Nous assistons à une transformation lente de notre profession vers la médecine libre. D'aucuns disent, non sans raison, que nous y sommes, et qu'il n'y manque que l'estampille officielle.

« J'avais donc quelque motif de vous faire remarquer que l'exercice illégal, purement individuel il y a vingt ans, tendait aujourd'hui à devenir collectif, c'est-à-dire exercé par des sociétés anonymes extra-médicales, dont le but est l'exploitation de la misère humaine, dans ce qu'elle a de plus noble, la souffrance.

« A vous, Messieurs, de trouver les remèdes à pareille situation. Quant à moi, je n'en connais qu'un, c'est l'honnêteté professionnelle, qui finira tôt, ou tard, par édifier le public sur le rôle du vrai médecin, qui sait guérir quelquefois, soulager souvent et consoler toujours. La lutte, d'ailleurs, serait inégale, nous serions le pot de terre contre le pot... d'argent.

« Mais à défaut de ces gros poissons pour lesquels nos filets sont trop fragiles, nous avons dû nous contenter de poursuivre le menu fretin, plus en rapport avec la situation de notre modeste budget ; et cette année, nous avons, pour la seconde fois, fait condamner une récidiviste en exercice illégal, à qui la loi nous a semblée bien douce, probablement en raison des services rendus, mais qui avait cru prudent, avant de continuer son commerce illicite, de chercher un abri derrière un diplôme. »

Assurances-accidents.

« La loi relative aux accidents du travail est entrée en vigueur le 1er juin dernier. Notre syndicat, comme presque toutes les associations professionnelles de France, a participé à la campagne faite par le « Concours Médical » ; vous en savez les résultats pour les praticiens de la ville de Lille.

« Qu'il me suffise de vous dire que les médecins du département de la Gironde, marchant comme un seul homme, ont imposé, oui Messieurs, ont imposé aux compagnies d'assurances le tarif dit de la Gironde, où les honoraires sont réglés à raison de 15 à 20 francs par sinistre simple, tandis que dans le Nord, à de rares exceptions près, telles que Douai, Haubourdin, Hazebrouck, nous avons été obligés, grâce à la maudite division du Corps médical, d'accepter le tarif à 10 francs par sinistre.

« Pourquoi le même travail rapporte-t-il là-bas 20 francs et ici 10 francs ?

« Je laisse le soin de conclure à ceux de nos confrères, qui, drapés dans leur indépendance, *détruisent les associations professionnelles* dont ils paralysent les forces, par leur abstention injustifiée.

Mutualité.

« Quant à nos rapports avec les Mutualités, nous avons lieu d'espérer d'ici peu une solution favorable aux intérêts du corps médical. Quoi qu'il arrive, le syndicat restera toujours sur la brèche ; car j'estime que c'est un devoir pour nous de protéger les jeunes confrères qui nous arrivent, en réclamant de ces sociétés des honoraires dignes de notre profession. Nos revendications, d'ailleurs, ne sont pas bien méchantes, puisque nous demandons que la visite ou consultation simple soit tarifée à un franc, et que les ouvriers et petits employés similaires soient seuls bénéficiaires de ce tarif.

« Je surprendrai peut-être quelques-uns de nos confrères qui n'ont pas connu, pour leur bonheur, les luttes et les déboires du praticien des quartiers excentriques, en leur apprenant que dans bon nombre de sociétés de Secours Mutuels, le taux de la visite est, en moyenne, de vingt à trente centimes. Et, pour répondre à la grande objection des philanthropes, je dis que s'il y a un côté humanitaire à envisager dans cette grosse question du relèvement des tarifs, c'est du côté de nos confrères qu'il nous faut regarder d'abord ; c'est à les faire rémunérer justement de leur travail et de leurs peines que nous devons

tendre. C'est de la bonne mutualité. Après eux, les autres. Qu'ils se défendent eux-mêmes, me direz-vous. — Oui, mais encore faut-il à cela plusieurs conditions.

« L occasion d'abord, l'unanimité et l'appui du Syndicat ensuite, puis enfin, l'espoir que les indépendants ne prendront point la place.

« C'est peut être un peu difficile ; cependant c'est ce que n'ont point hésité à faire nos Confrères de Moulins-Lille, Messieurs les docteurs Boutry, Delplanque, Desoil et D'Hour, quand ils se sont solidarisés avec M. le docteur Millat, révoqué injustement de ses fonctions, dans une circonstance que vous connaissez tous ; et quand ils ont dit à la commission de la Société en question : Nous reprendrons le service médical dès que vous le voudrez, mais avec notre confrère et le tarif du Syndicat. » C'est ce qui fut fait.

« A la santé des praticiens de Moulins-Lille ! »

REPORTAGE MEDICAL

Concours pour l'admissibilité aux emplois de médecin adjoint des asiles d'aliénés. — Ils auront lieu en 1900 : 1° à Lille pour la 1re région ; à Paris pour la 2e, à Lyon pour la 3e, à Montpellier pour la 4e, et porteront à Lille sur 3 places, à Paris sur 5, à Lyon sur 2, à Montpellier sur 2.

Les candidats devront : être Français ; docteurs d'une Faculté de l'Etat ; avoir satisfait à la loi militaire, âgés de moins de 32 ans le jour du Concours, qui aura lieu le 21 mai ; justifier de l'accomplissement d'un stage d'un an dans un établissement de traitement des aliénés public ou privé ; avoir fait la demande au Ministère de l'intérieur (1er bureau de la Direction d'assistance et d'hygiène), quinze jours au moins avant l'ouverture du concours, en y joignant les pièces justificatives des conditions ci-dessus indiquées.

Les épreuves sont au nombre de quatre :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats.

Le maximum des points sera de 30.

2° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes pour la dissertation.

Le maximum des points sera de 20.

3° Une épreuve clinique sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, quinze minutes de réflexion et trente minutes d'exposition.

L'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico-légal.

Le maximum des points sera de 30.

4° Une épreuve sur titres. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande. Le maximum des points sera de 10. Les points pour cette épreuve devront être donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.

Les départements sont ainsi répartis par régions :

Région de Paris. — Calvados, Cher, Côtes-du-Nord, Deux-Sèvres, Eure, Eure-et-Loir, Finistère, Ille-et-Vilaine, Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loire-Inférieure, Loiret, Manche, Maine-et-Loire, Mayenne, Morbihan, Oise, Orne, Sarthe, Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Seine-Inférieure, Vendée, Vienne.

Région du Nord. — Aisne, Ardennes, Aube, Belfort, Doubs, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Nord, Pas-de-Calais, Haute-Saône, Somme, Vosges.

Région de l'Est. — Ain, Allier, Hautes-Alpes, Ardèche, Côte-d'Or, Drôme, Isère, Jura, Loire, Haute-Loire, Nièvre, Puy-de-Dôme, Rhône, Saône-et-Loire, Savoie, Haute-Savoie, Yonne,

Région du Midi. — Aude, Basses-Alpes, Alpes-Maritimes, Ariège, Aveyron, Bouches-du-Rhône, Cantal, Charente, Charente-Inférieure, Corrèze, Corse, Creuse, Dordogne, Gard, Haute-Garonne, Gers, Gironde, Hérault, Landes, Lot, Lot-et-Garonne, Lozère, Basses-Pyrénées, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Tarn, Tarn-et-Garonne, Var, Vaucluse, Haute-Vienne, Algérie.

L'exclusion des tuberculeux aux asiles de convalescence de Vincennes et du Vésinet. — Dans la séance du 26 janvier 1899, M. le sous-secrétaire d'Etat au Ministère de l'Intérieur, répondant à une question de M. Jourde, donnait à la Chambre l'assurance qu'à partir du 1er janvier 1900, il ne serait plus reçu de tuberculeux dans les asiles nationaux de Vincennes et du Vésinet. Ces asiles, réservés aux convalescents, ont reçu l'ordre de M. le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, de refuser tout malade dont le certificat médical ne portera pas la mention : « Ne présente aucun signe de tuberculose des voies respiratoires. »

Cette décision, si conforme aux lois de l'hygiène, constitue une excellente mesure de protection contre la propagation de la tuberculose. Il n'est pas douteux que les malheureux, encore affaiblis par la maladie et de longs jours de souffrance, constituent un excellent terrain pour le développement du bacille tuberculeux et qu'il était barbare et inhumain d'exposer à une contagion presque inévitable, les convalescents envoyés à la campagne pour y respirer un air pur et non contaminé.

Nous ne pouvons donc qu'applaudir à la mesure prise par M. le Ministre de l'Intérieur et souhaiter que le corps des médecins des hôpitaux, du bureau de bienfaisance, aussi bien que ceux qui pratiquent la clientèle ordinaire, s'y conforment rigoureusement. Ils éviteront ainsi à leurs malades la cruelle tristesse de se voir refusés à la porte de ces asiles si convoités par les convalescents.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4471. — M. le docteur Cochery, de Romilly (Aube), présenté par M. le docteur Duhamel, de Plancy (Aube) et membre de l'Association des médecins de l'Aube.

N° 4472. — M. le docteur de Camprieu, de Brignolles (Var), présenté par M. le Dr Decugis, de Bessé (Var.)

NECROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Gogenèche, de St-Jean-de-Luz (Basses-Pyr.), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le baccalauréat classique et les études médicales.

Le baccalauréat vient de remplacer, devant le Sénat, au banc des accusés, les prévenus de la Haute Cour.

Son procès a été instruit par notre confrère M. le sénateur Pozzi, qui a qualifié de malfaiteur public cet antique examen.

Nous nous refusons à prendre parti dans la discussion, tant qu'elle sera placée sur les terrains pédagogiques, politiques ou religieux. Ceci regarde les professeurs et les parlementaires, à peu près exclusivement.

Mais, quand nous envisageons le retentissement que pourraient avoir, sur notre profession, les projets discutés, nous constatons que l'indifférence ne nous est plus permise.

Avec MM. Pozzi et Combes, nous sommes d'avis qu'il faudrait préluder à cette épreuve finale, quelque nom qu'on lui donne, par des examens de fin d'année, ou examens de passage, fortement influencés par le livret scolaire, qui ne laisseraient parvenir que les méritants au *dignus est intrare*, et décourageraient ceux qui ne comptent que sur un heureux hasard.

Peu nous importerait d'ailleurs que l'examen final conduisît à un diplôme ou à un certificat, pourvu qu'il fût chargé de consacrer de bonnes études classiques.

Car, ce que nous n'admettons pas, c'est l'enseignement moderne, même acquis avec la sanction *bien* ou *très bien*, préparant à la carrière médicale. Et, sur ce point, c'est au langage du ministre que nous applaudissons, quand il dit :

Les humanités, sous un régime de liberté comme le nôtre, forment l'élite intellectuelle qui constitue la seule aristocratie que nous reconnaissions et qui est aussi nécessaire à un peuple qui se gouverne lui-même, que la lumière l'est à la vie des êtres animés.

Les humanités créent seules *cette atmosphère de moralité supérieure, cette haute probité morale*, ces pures vertus civiques dont parle le philosophe et sans lesquelles les démocraties se ruent vers la démagogie, l'anarchie et la mort. (*Applaudissements.*)

Nous défendrons l'enseignement classique par tous les moyens en notre pouvoir. Mais quand nous aurons pourvu à ces nécessités à la fois historiques, traditionnelles et actuelles, il nous restera à pourvoir à d'autres nécessités, non moins impérieuses.

L'évolution économique et sociale de ces dernières années, la concurrence étrangère qui menace de toutes parts notre production nationale, l'introduction du machinisme, l'invasion de la science dans le domaine de l'industrie, de l'agriculture et du commerce, nous obligent à nous armer plus fortement que jamais pour la lutte.

Il ne suffit plus d'avoir des bras pour vaincre sur les champs de batailles économiques, il faut aussi maintenant des intelligences actives, des esprits éclairés, rompus aux méthodes scientifiques. (*Très bien ! très bien !*)

Il nous faut donc un enseignement qui préparera une partie de la jeunesse française aux fins immédiates, aux carrières pratiques et qui seront capables de lutter à armes égales avec les rivaux qui se dressent de toutes parts sur nos frontières. (*Vive approbation.*)

Avons-nous un ordre d'enseignement qui réponde à ce besoin ? Oui.

L'enseignement moderne est une institution excellente, qui n'a pas donné tous les résultats qu'on en

attendait, parce qu'elle a été, peu après sa création, détournée de sa voie véritable, mais peut rendre au pays d'inappréciables services.

L'enseignement moderne ne peut et ne doit pas être une copie de l'enseignement classique. Il ne peut et ne doit pas être un enseignement d'ordre littéraire.

La rivalité entre le classique et le moderne ne pourrait que compromettre les deux enseignements. Le moderne a une très grande place à prendre, un rôle admirable à jouer. Mais, pour cela, il faut séparer nettement les deux ordres d'enseignement, parce qu'ils répondent à des nécessités précises et différentes.

L'enseignement spécial fondé par Duruy était encore insuffisant. Nous retrouvons avec le moderne bien plus et bien mieux que l'enseignement spécial : un ordre d'études générales très élevées.

Le moderne doit retenir les élèves moins longtemps que le classique. Il faut qu'il les libère assez tôt pour qu'ils puissent entrer de très bonne heure dans l'activité économique. (*Adhésion.*)

Pour nous, tout est dans cette distinction ; l'enseignement moderne conduisant à l'industrie, au commerce, à l'agriculture, etc., scientifiquement développés ; l'enseignement classique, couronné par un baccalauréat très amélioré, exigible pour les carrières qui, comme la nôtre, *réclament une atmosphère de moralité supérieure et une haute probité morale.*

Mais pourquoi faut-il que ce soit ce même ministre qui, de lui-même, par simple décret, ait dit à l'Officiel, du 30 juillet 1899, qu'à partir de cette année.

Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, pour prendre la première inscription:

Soit le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ;

Soit, *avec dispense du baccalauréat (lettres-philosophie)*, les quatre certificats d'études supérieures, ci-après désignés, délivrés par une faculté des sciences:

Physique ; — Chimie ; — Botanique ; — Zoologie ou physiologie générale ou embryologie générale.

Nous eussions compris l'*addition*, au baccalauréat classique, de tous ces certificats d'études supérieures des sciences naturelles. C'était le progrès, avec ses difficultés nécessaires.

Mais la *substitution* pure et simple, après le langage que nous avons reproduit plus haut, nous apparaît comme une mesure illogique et fâcheuse, contraire à l'intérêt général et au maintien du niveau de notre profession.

Souhaitons donc qu'en cette grave affaire le dernier mot ne soit pas encore dit.

H. J.

LA SEMAINE MEDICALE

Réflexe respiratoire et signe nouveau de certitude de la mort réelle.

M. le docteur *Laborde* vient de consacrer de longues et patientes recherches à l'étude de ce curieux réflexe respiratoire, qu'il a si bien mis en lumière à propos de la méthode des tractions rhythmées de la langue : il a communiqué ses remarques à différentes séances de l'Académie de Médecine, et a bien fait ressortir leur utilité pratique au point de vue de la certitude de la mort réelle.

Voici, en quelques mots, les conclusions du travail de M. Laborde :

La mort *extérieure*, *objective* de l'organisme, constituée par la suspension des manifestations fonctionnelles extérieures, notamment de la fonction cardio-respiratoire, la plus essentielle à la vie, n'est pas la mort achevée, définitive.

Tandis que l'organisme a cessé de vivre en *dehors*, il vit encore en *dedans*, c'est-à-dire que la vie continue, d'une façon latente, par la persistance des propriétés fonctionnelles inhérentes aux éléments et aux tissus organiques ; persistance qui peut être utilisée pour la ranimation de la vie totale ;

La limite maxima de cette persistance, en fonction de temps, est, en moyenne, de *trois* heures après la *mort extérieure* ;

D'où il résulte que la *mort apparente*, physiologiquement conçue et définie, réside dans cette durée fonctionnelle, latente, des propriétés des tissus et des éléments organiques, et que sa durée est, en moyenne, de *trois heures*, pendant lesquelles peut être réalisé le rappel à la vie du cadavre *apparent*, par un moyen approprié et suffisamment puissant :

Ce moyen le mieux approprié et le plus puissant de tous — ainsi que la démonstration en est faite, d'ores et déjà, tant par les faits expérimentaux que par les faits pratiques — est le procédé des *tractions rythmées de la langue* ; procédé d'ordre essentiellement physiologique, basé sur la détermination et l'étude d'un phénomène biologique fondamental : le *réflexe cardio-respiratoire*, lequel constitue la fonction primordiale de la vie ; la fonction respiratoire ;

L'application systématisée de ce procédé, ne réalise pas seulement le moyen le plus puissant et le plus efficace de ranimation de la fonction cardio-respiratoire, et par suite de la vie, dans toutes les conditions d'*asphyxie* et de mort *apparente*, il constitue, de plus, par son *action négative*, c'est-à-dire par son emploi infructueux pendant la période moyenne de *trois heures* après la mort objective, et au delà, un *signe certain* de la *mort réelle* ;

Le procédé des *tractions rythmées de la langue*, transformé en procédé *mécanique automatique*, grâce à un appareil approprié, fournit le signe *automatique* certain de la *mort réelle* : signe accessible à tous, et, conséquemment, réalisé dans les meilleures conditions de vulgarisation ; en même temps qu'il constitue du même coup, et solidairement, le moyen le plus efficace de ranimation, de véritable *résurrection*, toutes les fois qu'elles sont possibles ;

Etant donnée la détermination, à la fois expérimentale et pratique, de la limite maxima de la persistance latente des propriété fonctionnelles qui constituent la *mort apparente*, et le *substratum* organique et fonctionnel de la ranimation en question, et cette limite étant en moyenne de *trois heures*, le *tracteur automatique* de la langue doit, en conséquence, continuer à fonctionner sur le cadavre apparent, et à partir du moment le plus rapproché de la mort extérieure ou objective, au moins pendant *trois heures* ;

Et afin d'assurer, sans le moindre doute possible, à la fois la *certitude* de la mort et l'impossibilité confirmée de la ranimation provoquée, cette continuation de fonctionnement pourra et devra être réalisée au delà de la limite en ques-

tion, soit en *doublant*, ou même en *triplant* facultativement cette durée.

Ainsi se trouve résolu, dans son *postulatum* essentiel d'application et de vulgarisation pratiques, avec la base scientifique, le problème troublant de la *certitude* de la mort, et solidairement du *traitement rationnel de la mort apparente*.

Cette application, pour porter tous ses fruits, n'attend plus que la création généralisée et l'organisation qui s'imposent, et qui ne manquent qu'à notre pays, de *dépôts mortuaires*.

Rougeole et Désinfection.

En présence des maigres résultats donnés, jusqu'ici, dans la rougeole, par les pratiques de désinfection, beaucoup de médecins ont renoncé depuis longtemps à faire procéder à cette désinfection.

Récemment, M. le Dr *Vallin* a fait à l'Académie une communication sur l'erreur qui réside dans cette interprétation.

La maladie infectieuse qui occasionne, à l'heure actuelle, le plus de décès à Paris, n'est ni la diphtérie, ni la fièvre typhoïde, mais la rougeole. Tandis que les autres maladies infectieuses ont vu diminuer, d'année en année, leur morbidité et leur mortalité, la rougeole, au contraire, est en voie de croissance. Cette différence tient à ce que la rougeole, contrairement aux autres maladies, n'est pas comprise dans la liste des maladies soumises à la déclaration obligatoire, et n'entraîne pas après elle la désinfection.

Depuis quelques années, les médecins ne cessent de répéter que la désinfection est inefficace dans la prophylaxie de la rougeole, parce que la contagion est extrêmement précoce et que les voisins sont contaminés avant qu'on ait reconnu l'existence de la maladie chez le premier sujet atteint. Le public, qui ne fait pas ces distinctions et qui aime les formules simplistes, conclut qu'il est complètement inutile de désinfecter la chambre, la literie et les effets d'un enfant atteint ou mort de rougeole, et voici ce qui se passe :

A Paris, dès que le service de désinfection municipal est informé de l'existence d'un cas de rougeole, par les bulletins scolaires ou par les bulletins hebdomadaires des entrées à l'hôpital, il envoie officieusement, à l'adresse indiquée, un agent qui vient offrir la désinfection, gratuite pour les pauvres gens, à un tarif très modique, fixé par la Ville, pour les personnes riches ou aisées. C'est d'ailleurs ce que l'on fait pour toutes les maladies transmissibles, que la déclaration en soit ou non obligatoire ; la désinfection est toujours bénévole, elle n'est jamais imposée. Trop souvent, après un cas de rougeole, et dans près du tiers (28 p. 100) des cas signalés en 1899, l'agent reçoit cette réponse, même quand la maladie s'est terminée par la mort : « C'est inutile ; on ne désinfecte plus dans la rougeole. »

Il n'y a pas de maladie plus rapidement contagieuse que la rougeole ; aussi dit-on généralement que le germe en est éphémère et périt en quelques heures. Cela peut être vrai pour les poussières virulentes détachées de la peau ou des muqueuses et qui flottent dans l'atmosphère ; mais rien ne prouve qu'il en soit ainsi pour les sécrétions, qui ont humecté les linges, les vêtements, la literie, les parquets et les murailles, et qui peuvent échapper ainsi, pendant longtemps, à la dessiccation, à l'action stérilisante de l'air et de la lumière. Lorsque des vêtements, souillés de crachats rubéoleux, ont été gardés plusieurs semaines, sous forme de ballot serré et ficelé, dans un vestiaire d'hôpital ou d'infirmerie, on comprend que, malgré leur caducité, les germes soient encore capables de transmettre la rougeole à l'homme qui vient brosser ces vêtements.

On ne meurt guère de la rougeole proprement dite : on meurt presque toujours des complications, dont la plus fréquente est la bronchopneumonie, surtout chez les enfants au-dessous de cinq à dix ans.

M. Vallin croit donc la désinfection utile, sinon contre la rougeole, au moins contre les complications de celle-ci. Il y a danger à laisser plus longtemps le public croire qu'il n'y a pas de précaution à prendre contre la contagion de la rougeole. Il n'y a aucun inconvénient, il n'y a que des avantages à inscrire la rougeole sur la liste des maladies contagieuses dont la déclaration est obligatoire.

« Non seulement le public ne redoute pas la désinfection, mais il la réclame spontanément, quand il la croit utile, pour les maladies comme la tuberculose, dont la déclaration n'est pas encore obligatoire. Pendant l'année 1899, il y a eu 12,000 demandes, spontanées ou acceptées, de désinfection, adressées au service municipal d'assainissement au cours de maladie ou après décès par tuberculose. Cela prouve que les efforts des médecins, dans la lutte contre la tuberculose, commencent à porter leurs fruits ; c'est à la fois un enseignement et un encouragement dont la rougeole doit profiter à son tour. »

Point de repère pour l'incision du sac lacrymal.

La *Gazette des Hôpitaux* nous signale un nouveau point de repère pour les incisions cutanées du sac lacrymal qui peut rendre de grands services aux praticiens.

Dans les interventions par la voie cutanée, sur un sac lacrymal fortement distendu ou très enflammé, il n'y a guère besoin de point de repère pour arriver sur un sac lacrymal qui s'offre de lui-même. Il en est tout autrement lorsque le sac, quoique malade et nécessitant un curetage ou une cautérisation externe, ne révèle son existence par aucune saillie appréciable. Dans ce cas, les classiques recommandent d'exercer une traction sur la commissure externe pour tendre le tendon de l'orbiculaire, de reconnaître, si l'on peut, le rebord orbitaire inféro-interne et d'inciser au-dessous du tendon pour arriver sur le sac. En réalité, soit par suite du gonflement inflammatoire diffus, soit pour d'autres motifs, la recherche pratiquée dans ces conditions peut être laborieuse, s'accompagner de délabrements et ne pas porter directement sur le sac. A la suite de recherches cadavériques et d'opérations sur le vivant, le docteur A. Terson (de Paris) recommande de compter 3 *millimètres et demi* (avec un bistouri gradué, un compas ou une réglette, si on ne peut apprécier la distance avec l'œil), *à partir de l'angle interne des pau-*

pières. L'incision verticale pratiquée à ce niveau, et partant du tendon de l'orbiculaire, tombe directement sur le sac lacrymal. Les recherches ont aussi démontré qu'il ne fallait pas dépasser 4 millimètres ni rester en deçà de 3 millimètres si l'on veut éviter les fausses routes. Ce point de repère de 3 millimètres et demi peut donc seconder notablement les points classiques (tendon de l'orbiculaire, rebord orbitaire) pour la découverte du sac lacrymal, qui est ainsi facilement assurée.

Encore un traitement du Hoquet.

Nous avons déjà consacré maintes notices à divers traitements du hoquet, ce spasme clonique diaphragmatique si rebelle, contre lequel on ne saurait avoir trop d'armes.

La liste des remèdes qui ont été employés contre le hoquet est longue; on a eu recours aux antispasmodiques, sans beaucoup de succès, à l'électricité, à la compression du nerf phrénique gauche, à l'élévation de l'os hyoïde pratiquée avec les doigts, enfin aux tractions rhytmées de la langue.

M. le Dr Maurice Bastié préconise un moyen nouveau, d'un emploi extrêmement facile, qui réussit bien des fois, dont le résultat est très prompt, et qui paraît l'emporter sur ceux qui viennent d'être énumérés.

Il s'agit de l'emploi du chlorhydrate de cocaïne, puissant anesthésique. On a un morceau de flanelle de 12 centimètres carrés environ, et on le place sur l'épigastre, après l'avoir imbibé de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.	1 gramme.
Eau distillée............	16 grammes.

Mêlez.

Cette application provoque d'abord une sensation de froid assez intense, bornée à la région épigastrique ; mais le hoquet cesse immédiatement, et ne reparaît plus. Je pourrais citer plusieurs observations de ce genre. Elles ne sont pas sans doute très nombreuses ; mais elles le sont assez pour recommander le procédé, qui n'a aucun inconvénient, et dont l'action est si prompte. On peut dire d'ailleurs de ces observations, à l'exemple de *Baglivi, non numerandæ, sed perpendendæ*.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôtel-Dieu : *M. le Professeur* DIEULAFOY.

Les grandes dyspnées subites.

Il vous arrivera, Messieurs, dans le cours de votre carrière professionnelle, d'être le témoin ou l'acteur d'incidents cliniques impressionnants, véritables drames pathologiques, dans lesquels la vie de vos malades dépendra de l'opportunité de votre diagnostic et de votre traitement.

En voici un seul exemple :

Le malade que vous voyez ici, est entré dans notre service, il y a juste huit jours, dans les circonstances suivantes : cet homme, qui est cocher de fiacre, après plusieurs semaines de surmenage, s'endort un soir sur son siège par une nuit très froide. Vers quatre heures du matin, il se réveille en sursaut, en proie à une vive oppression, ne respirant plus ou presque plus, semble-t-il. Péniblement, il appelle à son secours un gardien de la paix, qui d'urgence le fait conduire à l'Hôtel-Dieu, où il entre salle Saint-Christophe.

Il était cinq heures du matin : la sœur de service lui fait immédiatement une injection sous-cutanée d'éther et de morphine, sous l'influence de laquelle il s'appesantit et paraît un peu calmé. A huit heures, l'interne l'examine et constate la présence de râles fins, à la base des poumons surtout.

A dix heures, à mon arrivée dans la salle, je trouve cet homme assis sur un brancard, haletant, cyanosé, complètement violet, ne répondant plus aux interrogations, présentant, en un mot, le tableau de l'asphyxie imminente.

J'estime, Messieurs, que le malade, dans la situation où il se trouvait alors, avait tout au plus un quart d'heure ou dix minutes à vivre. Il se sentait, d'ailleurs, lui-même, perdu.

Je demande depuis quand cette violente dyspnée s'est produite et on me répond : le patient était assez calme avant la visite. Par conséquent, son état a dû subitement et rapidement s'aggraver, et cela depuis peu de temps.

Il n'y avait pas une minute à perdre, car nous avions entre les mains l'existence même de l'intéressé. Vite, une lancette, une large saignée de 300, 400, 500 grammes. Je soustrais à la veine 500 gr. de sang et je fais donner au malade un grand verre de vin chaud.

La saignée une fois terminée, cet homme se sent légèrement mieux, puis, peu à peu, il revient à la vie. Trois heures après, il était sur son lit, calmé et regaillardi : ce fut un changement à vue, une résurrection, car je puis affirmer, autant qu'il est possible en médecine d'affirmer une chose, qu'il était, avant l'intervention, un mourant, un moribond.

Eh ! bien, nous allons rechercher et étudier aujourd'hui la lésion dont souffrait notre malade, et j'en profiterai pour passer en revue les principaux types des *grandes dyspnées subites*.

Je réunis sous ce nom les accès de violente oppression, qui s'emparent brusquement d'un individu dont la santé, souvent bonne en apparence, ne laisse pas prévoir ce coup de théâtre pathologique.

I

PREMIÈRE VARIÉTÉ.

Vous êtes appelé en toute hâte — bien des fois la nuit — près d'une personne très mal, qui se meurt, dit-on. Vous trouvez un homme au lit, dyspnéique, anhélant, pâle. Il a été atteint tout d'un coup, il y a quelques heures à peine. L'entourage a déjà essayé mille moyens à sa portée, sans succès, puis enfin vous a fait demander.

Qu'a ce malade ? Faut-il le saigner, comme celui dont précédemment je retraçais l'histoire ?

Je n'en sais rien. Faites d'abord un diagnostic ; toutefois, soyez bref, car les parents sont affolés et à vos interrogations pressantes, ils répondent souvent : Mais, avant tout, Docteur, soulagez-le donc !

Regardez le patient : il est pâle, il a l'apparence d'un moribond. Demandez-lui s'il souffre, s'il a des douleurs : oui, il se plaint d'un violent

point de côté, d'une douleur aiguë au thorax, à droite ou à gauche. Sa dyspnée est intense, asphyxiante, comme chez notre cocher, mais c'est une *dyspnée douloureuse*, survenue brusquement.

Pensez au pneumothorax, à la perforation du poumon. Percutez, il y a tympanisme. Auscultez, vous percevez un souffle éclatant. C'est bien le pneumothorax, le coup de poignard thoracique qui relève soit d'une tuberculose pulmonaire reconnue ou ignorée, soit de la rupture d'une alvéole emphysémateuse, au cours d'un trop grand effort qui a dilaté et fait éclater le poumon.

Allez-vous pratiquer une saignée, alors ? Certes, non.

Il faut en premier lieu calmer la douleur, par une injection sous-cutanée de morphine et appliquer ensuite la médication propre au pneumothorax, que vous connaissez.

II

DEUXIÈME VARIÉTÉ.

Voici un autre individu qui jusque-là était ou pouvait être en bonne santé apparente. Il est pris lui aussi de dyspnée rapide, avec ou sans douleur.

Comme exemple de ce deuxième type de grande dyspnée subite, je me crois autorisé à rapporter devant vous le cas de mon très regretté maître Hillairet. Se sentant malade, un matin Hillairet me fit prier de passer le voir. Je le trouvai couché, en proie à une vive oppression, accompagnée d'une douleur intense, naissant au plastron sternal et paraissant s'étendre et se propager le long du bras gauche.

Ma première pensée fut pour l'angor pectoris, mais je me gardai bien de l'exprimer tout haut, d'autant qu'Hillairet lui-même croyait être atteint de pneumonie.

A l'auscultation, je ne perçus rien, quoique M. Luys m'ait dit plus tard avoir constaté quelque signe aortique. Je lis faire une application de sangsues et de morphine, et je revins avant midi. Hillairet était soulagé de la douleur, mais non de la dyspnée et je pensais à ce moment : eh ! bien, dans cette crise d'angor pectoris, l'élément douleur occupe le second rang, la grande dyspnée domine.

Je fis mettre un vésicatoire. Vers 2 heures 30 : on vint me chercher en toute hâte. J'accourus : Hillairet était mort. Il avait succombé à la forme dyspnéique de l'angine de poitrine.

Depuis, j'ai vu des cas analogues et j'en ai observé également au cours de l'aortite syphilitique, qui peut aussi causer de grands accès de dyspnée.

Il faut bien connaître cette forme : elle est facile à diagnostiquer lorsqu'elle s'accompagne des douleurs caractéristiques de l'angor pectoris, mais elle est plus délicate à dépister, si la dyspnée y est seule.

III

TROISIÈME VARIÉTÉ

Ma première leçon clinique, dans cet hôpital, a eu pour sujet un cas d'œdème brightique suraigu du poumon. Le malade avait été pris brusquement d'une vive oppression ; il toussait et crachait une expectoration spumeuse, albumineuse, rosée, absolument pathognomonique de l'œdème du poumon. L'auscultation révélait une pluie de râles fins et le diagnostic n'offrait, dès lors, aucune difficulté.

Il y a cinq ans, je soignais, à l'hôpital Necker, un brightique entré pour de l'urémie gastrique. Etant un jour près de lui, je le sentis peu à peu chanceler et, en même temps, comme je l'auscultais, des râles crépitants naissaient et se multipliaient pour ainsi dire sous mon oreille. Ces troubles s'étant accentués progressivement, le malade paraissait devoir mourir sous mes yeux.

Je fis alors une saignée immédiate, et à mesure que le sang s'écoulait, le patient revenait à la vie, nous regardait, prenait part à la conversation et finalement il guérit.

Voilà deux exemples de grande dyspnée subite, par œdème suraigu brightique du poumon.

Ce qu'il faut bien savoir, c'est que 8 fois sur 10, ces crises surviennent chez des gens apparemment peu malades, souvent atteints de brightisme latent, ignoré. Subitement le patient est pris d'oppression progressive, puis une demi-heure, trois quarts d'heure après, il tousse et expectore des crachats spumeux, albumineux, rosés. L'auscultation révèle une pluie de râles fins dans la poitrine. L'expectoration est caractéristique et suffit à elle seule à déterminer la lésion : c'est un œdème suraigu du poumon, qui peut être ou ne pas être brightique.

Ici, la dyspnée est grande et subite, mais non douloureuse. Le diagnostic, grâce aux signes stéthoscopiques et à l'expectoration, est facile.

Si vous voulez savoir la nature de cet œdème, s'il est ou non brightique, regardez les paupières ou les chevilles, cherchez la bouffissure, légère ou intense...... mais avant d'aller plus loin, vite, prenez une lancette et saignez.

IV

QUATRIÈME VARIÉTÉ

Lorsque j'étais encore tout jeune médecin, je fus appelé une fois, au milieu de la nuit, en toute urgence.

Je me trouvai alors en présence d'un homme d'une cinquantaine d'années, anhélant, se plaignant d'une violente dyspnée. Il avait déjà souffert la veille de quelques efforts d'inspiration, qui s'étaient amendés. Il s'était couché après avoir dîné comme d'habitude, lorsque brusquement, vers 1 heure du matin, il fut réveillé par une pénible et grande oppression.

A cette époque, les jeunes médecins avaient encore l'habitude de porter sur eux un instrument qui aujourd'hui paraît avoir — bien à tort — déserté les trousses des nouvelles générations médicales, je veux dire la lancette.

Inquiet, fort inquiet, même, je pris donc ma lancette et je saignai le malade. Ce fut, messieurs, un réel coup de théâtre. Cet homme, qui se croyait perdu, retrouva immédiatement le calme de sa respiration, comme par enchantement, et il ne manqua jamais l'occasion, plus tard, je vous l'assure, de rappeler cette cure... merveilleuse.

Ce malade avait-il un angor pectoris, un œdème suraigu du poumon ; assurément non. Il avait autre chose et cet autre chose, n'est pas assez connu. Il s'agissait d'urémie dyspnéique

ou plutôt d'une forme particulière de dyspnée urémique.

Le trouble mécanique, l'œdème, n'est plus alors en cause, l'oppression est d'ordre toxique.

Mais, allez-vous dire, c'est la dyspnée urémique, avec respiration Cheyne-Stokes, facile à distinguer. Nullement et vous auriez tort de supposer que la dyspnée urémique revêt toujours le type de Cheyne-Stokes. Il existe une dyspnée urémique, à début brusque, à forme asphyxiante, se produisant chez un malade qui, jusque là, se croyait en bonne santé. Elle peut être le premier signal d'un mal de Bright méconnu par le patient. La recherche minutieuse de tous les signes, petits ou grands du brightisme, vous éclairera sur la nature de cet accident.

V

Poursuivant notre revue des grandes dyspnées subites, nous voilà arrivés à une cinquième variété.

Il y a douze ans, je fus amené à visiter, dans un hôtel où il était descendu, un étranger, un brésilien, je crois, qui déjà avait auprès de lui un de ses compatriotes et ami, médecin. Ce dernier, croyant avoir affaire à une broncho-pneumonie, tenait sa lancette à la main et se préparait à une copieuse saignée.

Le malade, assis dans un fauteuil, se plaignait d'une oppression intense, dont il avait été pris peu d'heures auparavant. L'inspiration était sifflante et pénible, l'expiration très prolongée : les muscles respiratoires semblaient tétanisés. Le nombre des mouvements de respiration, notablement diminué, se chiffrait par 13 ou 14 à la minute : c'était le tableau typique de l'accès d'asthme.

Quelquefois, en effet, les crises asthmatiques prennent une acuité extrême, la dyspnée devient violente et il semble que le sujet va asphyxier. Il n'en est rien, cependant, car on ne meurt pas d'un accès d'asthme, si intense soit-il. Inutile d'ajouter que la saignée préconisée par notre confrère n'avait là aucune raison d'être : le datura, le papier nitré et la morphine, suffirent à guérir le malade.

VI

Revenons maintenant au malade placé devant nous, au cocher de fiacre aujourd'hui bien portant, mais entré mourant il y a 8 jours dans nos salles.

Qu'a-t-il eu ?

Un pneumothorax ? non, il ne s'est plaint d'aucune douleur.

De l'angor pectoris ? non, il n'en présentait ni l'aspect, ni les signes.

Un œdème maigre du poumon ? non plus, car il n'a ni toussé, ni expectoré. Cependant il a présenté un peu d'albuminurie. Je vous la signale pour qu'elle ne vous trompe pas : la congestion pulmonaire primitive avec dyspnée peut, en effet, s'accompagner d'albuminurie transitoire.

Il n'a pas eu non plus de dyspnée urémique : chez lui, vous chercheriez en vain les signes du brightisme.

Il ne s'agit pas, enfin, d'asthme. Nous n'avons pas reconnu le type respiratoire de la dyspnée asthmatique.

Que reste-t-il donc pour expliquer sa crise d'oppression asphyxiante ? Une lésion mal connue et actuellement trop laissée de côté.

Il est utile quelquefois, messieurs, de lire les auteurs anciens. Je fais allusion, en l'espèce, à Woillez et à Devergie. Dans son Traité de médecine légale, Devergie signale des morts rapides, par congestion pulmonaire aiguë causée par le froid.

Woillez a décrit, de son côté, la congestion idiopathique du poumon, fluxion sanguine aiguë à frigore, dans laquelle le sang remplit le poumon, y stagne, y circule trop lentement pour permettre l'oxygénation, d'où asphyxie du malade. Les surmenés, les fatigués, sont particulièrement exposés à cette affection.

Votre malade en est un exemple.

CONCLUSIONS.

Le médecin est souvent appelé d'urgence près d'un malade brusquement pris de dyspnée angoissante, asphyxiante, atteint de ce que j'appellerai une grande dyspnée subite.

Il en existe plusieurs variétés.

Une première forme concerne le pneumo-thorax perforant, caractérisé par une douleur intense, accompagnée de signes stéthoscopiques faciles à reconnaître.

Une deuxième est l'angor pectoris dyspnéique avec ou sans douleur.

Une troisième est la dyspnée asphyxiante due à l'œdème maigre du poumon, brightique ou non : elle se distinguera par l'expectoration spumeuse, albumineuse, rosée et par la pluie de râles crépitants dans la poitrine.

Une quatrième est la grande dyspnée urémique. Celle-ci ne revêt pas toujours le rythme Cheyne-Stokes, et elle peut constituer le premier grand symptôme apparent d'un mal de Bright latent. Les petits signes recherchés avec soin assureront le diagnostic.

Une cinquième est l'accès d'asthme violent dans lequel l'asphyxie paraît imminente. Les respirations sont tétaniformes, caractéristiques et leur nombre diminué.

Une sixième enfin est la congestion primitive suraiguë du poumon, se produisant chez les surmenés, généralement sous l'influence du froid.

(*Leçon recueillie par le Dr P.* Lacroix.)

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

Contribution à l'Étude de l'Éclampsie puerpérale.

Le docteur Herz (*Wiener Medecinische Wochensch.*, janvier et février 1900) a publié une revue très complète de cette intéressante question, en s'attachant surtout à la symptomatologie et la thérapeutique de cette affection, dont la nature intime nous échappe encore.

L'éclampsie apparaît, généralement, pendant l'accouchement, rarement après, plus rarement encore pendant la grossesse. Elle peut être héréditaire, et on l'observe beaucoup plus souvent chez les primipares, que chez les multipares. Notons encore qu'elle semblerait avoir une prédilection pour les présentations de la tête, et les bassins rétrécis. Le genre de vie n'a aucune in-

fluence sur l'apparition des crises éclamptiques, qui se rencontrent aussi bien dans la classe aisée, que dans la classe pauvre. L'affection serait plus fréquente chez les jeunes albuminuriques, dans les grossesses gemellaires, et par un temps humide.

Pendant la période de gestation, les crises peuvent se manifester à n'importe quel moment, même dans les premiers mois; si elles sont plus rares durant la première moitié de la grossesse, elles sont, par contre, plus fréquentes dans la deuxième moitié. Dans ces cas néanmoins la guérison peut survenir, et l'accouchement se passer sans aucun incident fâcheux.

Quant aux crises, en elles-mêmes, leur nombre et leur intensité sont en rapport avec la gravité des cas. Une crise peut durer de 20 a 60 secondes, jusqu'à 2 et 3 minutes; elle est séparée de la suivante par une demi-heure, une heure et quelquefois trois heures : mais il est à remarquer que, dans les cas graves, l'intervalle peut n'être que de 5 à 15 minutes.

Il y a toujours une élévation de température, variable avec les cas, mais qui atteint son maximum au moment de la mort, ou tombe à la fin de la crise.

Pendant la crise les douleurs augmentent d'intensité, au point d'amener souvent une delivrance rapide.

Les crises, surtout les premières, débutent, parfois, avec une brusquerie énorme, de telle sorte que la gestante on la parturiente est projetée par terre, ou hors de son lit. Les crises suivantes sont ordinairement précédées de prodromes (céphalée, fourmillements dans les extrémités, douleurs gastriques, troubles de la vision, malaises, vertiges). A noter que l'intelligence est obtuse pendant la crise ; ce phénomène disparaît entre les accès dans les cas légers, mais peut durer jusqu'à la mort dans les cas graves.

La mortalité des éclamptiques est assez élevée actuellement (19 à 21 %).

Comme complication, on signale des psychoses de faible gravité, des néphrites et rarement des inflammations pulmonaires ou pleurales. Il faut remarquer la prédisposition des éclamptiques à l'infection puerpérale.

L'enfant vient généralement au monde dans un état voisin de l'asphyxie ; il peut dans la suite présenter des convulsions, qui semblent devoir être rattachées à une auto-intoxication. La mortalité de ces enfants s'élève à 24,3 % ; elle serait en rapport avec le moment de l'éclampsie, étant de 41,8 % dans l'éclampsie gravidique, de 20 % seulement dans l'éclampsie sub partu.

Quelques mots, à présent, sur l'*étiologie* de cette affection.

Tout d'abord notons qu'on ne connaît aucune lésion anatomo-pathologique caractéristique de l'éclampsie ; on ne trouve aucune altération du système nerveux central. Cependant, on peut dire que les personnes anémiques ou nerveuses sont plus particulièrement sujettes à cette affection ; ce sont là des faits purement cliniques.

A l'autopsie, on peut trouver de l'anémie cérébrale, de l'œdème cérébral, sans pouvoir dire toutefois si ces lésions sont primitives, ou si elles sont consécutives aux convulsions; il y a quelquefois des hémorrhagies cérébrales. Les convulsions paraissent le plus fréquemment produites par un spasme des vaisseaux cérébraux.

Dans la majorité des cas, on trouve des lésions rénales variant depuis la congestion simple, jusqu'à des degrés avancés de néphrite parenchymateuse ; souvent elles sont accompagnées d'une dilatation des uretères, avant leur pénétration dans le bassin ; ce qui semblerait indiquer leur compression par la tête du fœtus. Cette hypothèse est assez plausible, car il s'agit ordinairement de bassins rétrécis. Les raisons suivantes pourraient faire voir, dans cette compression des voies urinaires, une cause fréquente de la maladie: 1° l'éclampsie est plus fréquente dans la seconde moitié de la grossesse ; 2° sa fréquence plus grande dans les grossesses gémellaires semble indiquer une relation directe avec le volume de l'utérus ; 3° cette affection se rencontre le plus souvent dans les présentations de la tête, dans lesquelles la tête peut exercer naturellement sur les uretères une compression plus forte que les autres parties du fœtus ; 4° enfin le cas est plus rare dans les bassins applatis, que dans les bassins généralement rétrécis, car dans les premiers la proéminence du promontoire rend une compression bilatérale des uretères impossible.

Mais, pour passer en revue, d'une façon rapide et rationnelle, les différentes théories invoquées pour expliquer l'éclampsie, il faut les diviser en 3 catégories. Les contractions éclamptiques des muscles volontaires peuvent, en effet, naître suivant 3 modes différents.

1° Elles peuvent avoir pour origine une excitation réflexe, provenant des nerfs sensitifs de la périphérie, dans le cas particulier, des terminaisons nerveuses, situées dans la paroi utérine. Celle-ci, en effet, est-elle trop distendue par un fœtus volumineux, par une grossesse gemellaires ou par une hydramnios, aussitôt il se produit une distension ou une compression des nerfs, d'où les convulsions réflexes des divers systèmes musculaires. Ce phénomène est facilité par la présentation de l'épaule, dans laquelle les deux grosses extrémités du fœtus exercent une compression importante.

2° Les crises éclamptiques pourraient, en second lieu résulter d'une excitation directe de la moelle lombaire. En effet, on trouve presque toujours chez les femmes enceintes une certaine congestion de cette moelle, et même quelquefois de l'œdème de ses enveloppes. Quand cet état atteint un certain degré, et qu'il s'y joint une certaine inflammation, il peut en résulter des convulsions. A noter qu'une hypéremie trop intense de cette région amènerait, au contraire, de la paralysie.

3° Enfin, une troisième origine possible de l'éclampsie consisterait dans une excitation médullaire ayant pour cause le cerveau. Certains partisans de cette théorie (Frerichs) incrimineraient un état urémique de la malade ; pour d'autres, l'hypertension artérielle, produite au moment des douleurs, jointe à un état hydrémimique, permettrait une exsudation séreuse au niveau des vaisseaux cérébraux et méningés ; d'où la possibilité de convulsions épileptiques (Traube et Rosenstein). Remarquons que cette dernière hypothèse est complètement insuffisante pour expliquer, non seulement l'urémie, mais encore l'éclampsie. Quelquefois on note la coïcidence, avec certaines psychoses, des crises convulsives ; l'hyperexcitabilité cérébrale faciliterait, dans le cas particulier, l'apparition de ce

phénomène. Mentionnons enfin l'autointoxication, admise pendant ces dernières années pour expliquer l'éclampsie ; cette intoxication par des leucomaïnes s'accommoderait très bien de la compression des uretères, invoquée plus haut.

En somme, il existe toute une série de théories anciennes ou nouvelles, pour expliquer la genèse de cette maladie, mais il est impossible d'en-trouver une seule, qui puisse expliquer à la fois tous les cas d'éclampsie. C'est là une chose difficile à réaliser, pour un syndrome, occasionné par des causes aussi nombreuses que complexes et peu faciles à élucider. Jusqu'à présent c'est l'intoxication par les produits de déchets de la mère et de l'enfant, qui semble mériter la plus grande faveur ; néanmoins il faudra toujours savoir se rallier à telle ou telle théorie, qui semble le mieux expliquer chaque cas, pris en particulier.

Abordons maintenant *la thérapeutique* de cette affection. Ici encore il faudra noter de nombreuses divergences suivant les auteurs.

I. *Traitement prophylactique*.

Autrefois, pendant la grossesse déjà, on employait une foule de remèdes prophylactiques. C'étaient, chez les personnes robustes et sanguines, des saignées et des purgations, afin d'éviter la congestion cérébrale ; chez les femmes délicates et hystériques, les narcotiques ; le tartre stibié, et les diurétiques chez les albuminuriques avec anasarque et œdèmes. Mais, lorsqu'on vit apparaître l'éclampsie en dépit de cette médication, on se contenta d'un régime diététique approprié, on évita la moindre fatigue aux femmes enceintes, et on leur prescrivit le séjour dans un air sain et pur.

Aujourd'hui, on sait que l'éclampsie apparaît souvent d'une façon inattendue, et rend presque inutiles, toutes les mesures prophylactiques. Il faut se contenter d'ordonner aux brightiques une diète lactée sévère, pendant la grossesse ; et, si la néphrite s'aggrave, de pratiquer l'avortement ou l'accouchement prématuré. L'hyperexcitabilité générale du système nerveux devra être modérée le plus possible, et toute excitation directe ou indirecte de la moelle lombaire sera soigneusement écartée.

II. *Traitement médical.*

Autrefois le remède souverain était la saignée générale, dont le but était de dissiper la congestion cérébrale. Certains la voulaient copieuse, d'autres peu abondante. Mais bientôt on s'aperçut que l'effet de la saignée était toujours le même, quelle que fût la quantité de sang soustraite ; on ne fit alors plus que des saignées de 10 onces de sang. Quand, malgré cela, la congestion cérébrale restait trop intense, on appliquait 15-20 sangsues derrière les oreilles, et on mettait des compresses froides sur la tête. D'autres médecins versaient sur la tête de la malade de l'eau glacée ; cette médication était, paraît-il, si énergique, que les convulsions cessaient quelquefois instantanément; pour que ce moyen restât efficace, il fallait recommencer toutes les 10-15 minutes.

On pratiquait aussi beaucoup la révulsion, en appliquant des sinapismes ou des vésicatoires à la nuque, aux reins, à la plante des pieds.

A ce moment déjà, quelques médecins avaient, dans les cas de congestion moyenne du cerveau, prescrit des bains tempérés, et ils s'en étaient mieux trouvés que de l'emploi des antiphlogistiques.

Comme médicament interne, c'est à l'opium qu'on donnait la préférence ; on l'employait, dès le début de la crise, à petites doses successives jusqu'à sommeil complet. Quand les téguments étaient pâles, couverts de sueur froide, le pouls petit, filiforme, indiquant un abaissement de la pression sanguine, ou que les forces de l'organisme étaient épuisées par de nombreuses crises, on donnait du musc à haute dose pour exciter les systèmes vasculaires et nerveux, et lorsque ces symptômes inquiétants disparaissaient, on revenait à l'opium.

Quand l'opium ne donnait pas de résultats, on employait les drastiques, la digitale, la quinine, le camphre, la valériane, la belladone, etc. Alors déjà quelques médecins ordonnaient contre les crises convulsives des inhalations de chloroforme. Cette méthode s'est d'ailleurs perpétuée jusqu'à nos jours.

Actuellement, puisqu'on ne connaît pas encore bien la pathogénie de l'éclampsie, on ne peut baser la thérapeutique que sur des hypothèses. Le but principal, qu'on se propose, c'est de faire disparaître les crises convulsives et d'empêcher, autant que possible, leur retour. On l'obtient au moyen du chloroforme et de la morphine. Ces deux médicaments, en effet, diminuent l'activité des muscles striés, et abaissent la pression artérielle. C'est avec le chloroforme, qu'on produit le plus facilement la narcose, car on peut en administrer la dose exactement nécessaire ; mais quand les effets narcotiques doivent se prolonger assez longtemps, on le remplace par la morphine. En effet, le chloroforme peut avoir en pareil cas de graves inconvénients ; on a vu des cardiaques mourir par paralysie du cœur ; l'enfant naît dans un état comateux ou asphyxique et il est assez difficile de le rappeler à la vie. On conseille généralement de n'employer le chloroforme qu'une seule fois au début de la crise, en attendant l'arrivée d'autres médicaments. Ce conseil est d'autant meilleur, qu'on sera encore obligé de recourir à ce narcotique dans la suite, s'il faut achever rapidement l'accouchement, afin d'éviter le retour de convulsions par la grande excitation que subira alors le système nerveux.

C'est pourquoi G. Veit conseille l'emploi de la morphine à haute dose (0,03 par dose chaque heure), si bien qu'en 6-7 heures on en emploie 0,12 à 0,20 centigr. Les résultats obtenus par cet auteur sont en faveur de cette méthode ; la mortalité est tombée de 19,38 à 13,8 %. Aujourd'hui nous n'employons plus ces fortes doses ; nous nous contentons de 0,01 à 0,02 centigr. Nous voyons souvent les crises s'arrêter après quelques injections. Tant que l'accouchement n'est pas fait, il faut à tout prix éviter les convulsions pour la malade ; quand elle commence de nouveau à s'agiter, il faut renouveler la dose de morphine ; on n'arrête qu'à la cessation complète des crises. On a été quelquefois obligé de faire durer cette narcose pendant une demi-journée et plus.

D'après Halbertsma, il faut commencer par administrer des doses de morphine de 0,025 à 0,030 ; si, après plusieurs injections semblables, les crises ne cèdent, l'accouchement n'avance

pas, il faut à tout prix agir, sinon le pronostic devient plus sévère que pour une opération césarienne.

On peut encore employer des lavements de chloral à 1 ou 2 gr., quand la morphine ne donne pas de résultats, et quand ce médicament n'est pas contre-indiqué par le pouls. Le nitrite d'amyle est aujourd'hui presque complètement abandonné. Quelquefois on emploie les bromures alcalins à la dose d'1 gramme par heure (Hutchinson). Derby les associe à l'hydrate de chloral.

De nos jours on abandonne la saignée, car les narcotiques combattent très bien les crises. Quelquefois on peut l'essayer chez les femmes pléthoriques, mais on n'en a pas obtenu de bon résultat ; il ne faut pas y revenir.

La méthode des enveloppements chauds peut, comme d'ailleurs tous les diaphorétiques, trouver son indication, quand il y a complication de brightisme (Jacquet). On peut encore employer les bains chauds à la température de 35° à 40° C., la malade y séjourne 1/2 ou 1 heure, puis est enveloppée dans des couvertures de laine chaudes ; on répète toutes les heures environ (Breus).

On a délaissé complètement les injections de pilocarpine à 2 %, car elles ont souvent aggravé l'état des malades, et même amené la mort ; il se produit consécutivement de la suffocation ; les bronches se remplissent de mucosités, il se produit de l'œdème pulmonaire et de l'asthénie cardiaque.

En somme, de tous ces médicaments il en est deux, qui sont d'un emploi très précieux dans l'éclampsie : ce sont le chloroforme et surtout la morphine en injections.

III. Traitement obstétrical.

Il faut distinguer 3 périodes : la grossesse, l'accouchement, et le post-partum.

1° Si les convulsions éclamptiques débutent pendant la grossesse, sans amener les douleurs, il faut se contenter d'un traitement médical et éviter toute méthode ayant pour but de vider l'utérus. Car, dans bien des cas, ces crises éclamptiques de la grossesse peuvent disparaître complètement et laisser la malade achever sa gestation et son accouchement sans aucun phénomène anormal. En outre, si les crises s'accentuent de plus en plus, se rapprochent on peut espérer que les douleurs se produiront dans un bref délai, et amèneront un accouchement spontané ; il n'y aura donc pas lieu de préférer à cet accouchement naturel, un accouchement provoqué, toujours dangereux pour la mère et pour l'enfant. En troisième, les moyens que nous possédons pour provoquer l'accouchement n'agissent pas immédiatement, de telle sorte que les douleurs peuvent se produire spontanément avant leur action, ou encore que l'éclamptique peut mourir dans les mêmes conditions.

Néanmoins, si les crises, tout en se rapprochant, n'éveillaient pas les douleurs au bout d'un certain temps, au point de faire naître du danger pour la mère et l'enfant, il serait indiqué de provoquer la délivrance. Et alors il faudrait tout d'abord employer le procédé le moins dangereux pour la mère, car les précautions pour sauvegarder la vie de l'enfant ne sont pas de première nécessité, étant donnée la grande mortalité indiquée, pour lui, par les statistiques.

S'il n'y a pas de complications spéciales à craindre, Herff conseille de rompre la poche des eaux pour amener les douleurs. Mais si la progression du fœtus n'est pas assez rapide, si l'état général de la parturiente empire, si le pouls devient dépressible et petit, il faut agir autrement.

On se guide pour cela sur l'état du col utérin et sur son degré de dilatation.

1° Si le col est effacé, l'orifice utérin encore étroit, la tête fixée dans le bassin, Dührssen (*Archiv. für. Gynäkologie*, Bd 42, p. 513) conseille de faire des incisions profondes dans le col, le vagin, le périnée, et de faire l'accouchement au forceps, ou encore de se servir du cranioclaste.

Quand avec un état semblable du col, la tête n'est pas encore fixée, on agit de même pour la délivrance.

2° Si le col n'est pas encore préparé, Dührssen met un ballon vaginal ; dans le cas d'insuccès, il fait l'opération césarienne.

Le docteur Herz dit que l'avis de Dührssen n'est pas partagé par tout le monde; en effet, les incisions du col ne se pratiquent pas facilement en dehors des hôpitaux, et la mortalité de l'enfant s'élève encore à 61 % ; par contre, le pronostic de l'opération césarienne est plus favorable à l'enfant. En tout cas on est, depuis quelque temps, beaucoup trop interventionniste, tel par exemple Halbertsma, qui propose l'opération césarienne dans les cas où 2 doses de 0,03 de morphine n'ont amené aucune amélioration. Souvent on a vu des convulsions très intenses et très fréquentes avoir une issue favorable. D'un autre côté l'opération césarienne ne garantit pas toujours la santé de la mère, car on a vu les crises éclamptiques, même après des délivrances obtenues par ce procédé. Si maintenant les crises sont fréquentes et intenses, le pouls rapide, la température élevée, quels pourraient être les avantages de l'opération césarienne ? Elle aurait uniquement pour but la conservation de l'enfant, dont la mortalité est déjà si élevée !

Il résulte de ces considérations que pour opérer, il faut, malgré l'aspect cyanosé de la malade et ses nombreuses convulsions, se baser sur son état général, sur le pouls et la température ; si ces éléments sont défectueux, l'opération n'aura aucun résultat favorable.

Si au contraire les crises sont assez éloignées, pas trop intenses et l'état général relativement bon, il ne faut pas opérer ; on attendra patiemment une dilatation suffisante de la filière génitale, puis, sous l'anesthésie chloroformique, on opérera une délivrance rapide (forceps, version, perforation).

2° Les convulsions se produisent, pendant l'accouchement : la dilatation de la filière peut être suffisante après quelques crises ; alors, si la position de la tête est favorable on applique le forceps, car il est particulièrement indiqué ici de sauver l'enfant. Et il faut agir vite, puisque quelques crises suffisent à compromettre son existence. Dans le cas où la tête se trouve déjà à la sortie du bassin, et pourra être expulsé après quelques douleurs, le forceps est contre-in-

diqué ; on donne un peu de chloroforme pour éviter une nouvelle crise.

Si les convulsions persistaient après l'expulsion de l'enfant, il faudrait extraire rapidement le placenta pour éviter toute excitation de la surface interne de l'utérus.

3° Dans le post-partum il faut user largement des injections de morphine,en cas d'éclampsie. Dans ces conditions les crises sont moins dangereuses et plus faciles à combattre. Il faudra toujours explorer la muqueuse utérine, et en écarter les débris de membrane, ou coagula, qui pourraient avoir sur elle une action irritante, ou causer des hémorrhagies fréquentes pendant le post-partum.

Dr GEORGES.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins de l'assistance, devant la loi sur les accidents

Le Syndicat de la Seine, la Société des médecins des Bureaux de bienfaisance, et plusieurs Sociétés d'arrondissement ont discuté dernièrement et reconnu avec ensemble le fait précis que les certificats délivrés aux victimes des accidents du travail, par les médecins de l'Assistance publique (médecins des hôpitaux ou internes, et médecins des Bureaux de bienfaisance) devaient être rémunérés. Le chiffre de 5 fr. avait paru l'honoraire convenable, et cela se conçoit d'autant mieux que les compagnies, par nous consultées, lors de l'élaboration de notre tarif, étaient unanimes à l'accepter. Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique l'a d'ailleurs approuvé.

Ce n'est donc pas sans un certain étonnement que nous avons lu la circulaire suivante, rédigée après les délibérations de nos confrères, alors qu'un écho de celles-ci avait dû parvenir à l'Avenue Victoria.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE
de l'ASSISTANCE PUBLIQUE
à Paris.

Paris, 29 janvier 1900.

DIVISION
Secrétariat général

BUREAU
Service de Charité

Certificats médicaux des accidents de travail

Monsieur le Directeur,

Vous n'ignorez pas les dificultés multiples que rencontre l'application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Les juges de paix qui sont appelés à connaître des différends entre ouvriers et patrons, ont besoin, pour se prononcer en toute connaissance de cause, d'être renseignés aussi exactement que possible sur les causes et sur l'origine des blessures résultant d'accidents du travail.

Ils se trouvent tout naturellement renseignés sur ces points si, conformément à la loi, un certificat médical a été dressé dans les 48 heures qui ont suivi l'accident ; mais il arrive très souvent que ces contestations leur sont soumises longtemps après cet accident, et sans qu'aucun procès-verbal en ait été dressé.

Dans ce cas, ils se voient dans l'obligation de demander un certificat médical au médecin qui a donné ses premiers soins à la victime.

Or, certains juges de paix n'ont pu obtenir de certificat auprès de ce medecin qui déclarait, avec raison, ne pas se souvenir des circonstances dans lesquelles le blessé leur avait été amené, et des constatations qu'il avait été à même de faire à cette époque.

Pour éviter ces difficultés, ne pensez-vous pas qu'il serait utile que, toutes les fois que, appelé à donner vos soins à un blessé, vous estimerez être en présence d'un accident du travail et alors même qu'aucun certificat médical ne vous serait demandé, il soit pris note sur la pancarte du blessé où sur une feuille qui pourrait être conservée au bureau de l'établissement, de tous les renseignements susceptibles d'être demandés dans la suite par le juge de paix, notamment de la date précise à laquelle le blessé s'est présenté à vous, des constatations que vous avez été à même de faire, et, si possible, de la cause et de l'origine de la blessure ; s'il vous est impossible de fournir sur ce dernier point un diagnostic certain, il devrait, bien entendu, en être fait mention.

Je sais très bien qu'il n'existe pas de dispositions réglementaires vous obligeant à accomplir ces formalités. Mais je me permets de faire appel dans cette circonstance à votre *bon esprit*, afin de faciliter la mission si délicate des Juges de paix, mission qui a surtout pour but de *sauvegarder les intérêts des malheureux* qui sont victimes d'accidents du travail.

Je vous serai obligé de vouloir bien donner connaissance de la présente lettre à MM. les internes qui peuvent être appelés, en votre absence, à donner leurs soins à des blessés.

Agréez, Monsieur le Docteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le Directeur de l'administration de l'assistance publique,
Dr Henri NAPIAS.

Pourquoi n'est-il rien dit, dans cette circulaire, du principe de la rémunération du certificat ? Pourquoi ne parle-t-on même que de consigner ce qui devra faire la substance de celui-ci ? Puisque compagnies et médecins sont d'accord jusque sur le chiffre de l'honoraire, quel intérêt peut avoir l'Assistance publique à réclamer du médecin traitant son intervention par *bon esprit* et par simple *philanthropie*, choses qui ne manquent jamais dans notre profession ? Cette rédaction nous inquiète.

Mais il y a mieux. Nous lisons dans le *Bulletin de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance* que ceux-ci ont reçu un avis de M. le Directeur de l'Assistance publique décidant que les certificats relatifs aux accidents du travail devront être *délivrés gratuitement* par les médecins des Bureaux de bienfaisance.

Pourquoi n'en serait-il pas de même des soins, si l'on entre dans cette voie d'illégalités fantastiques ? Il ne faut pas désespérer de voir l'Assistance, après avoir ainsi, sans bourse délier, fait de la générosité sur le dos de ses médecins, prendre à sa charge tous les frais de traitement et de nourriture qui incombent aux assureurs !

Elle est si riche l'Assistance ! Et elle remplit si bien sa tâche à l'égard des vrais pauvres !

N'oublions pas de dire, en terminant, que les vues de la Direction de l'Assistance publique de Paris ne sont pas du tout adoptées en province.

Nos modestes organisations de bienfaisance ont compris qu'en fait de dépenses et de responsabilités il faut rendre à César ce qui est à César,

et aux assureurs ce qui est dans leurs obligations, c'est-à-dire le soin de payer les soins et les certificats. On peut même lire à ce sujet, dans le numéro 22 du *Concours* de 1899, la lettre du Bureau de bienfaisance de Douai à M. le Dr Pollet, secrétaire du Syndicat médical. Les administrateurs y déclarent ne pouvoir s'imaginer que les services d'assistance soient mis à la disposition des patrons pour leur permettre d'éluder la loi.

Et il nous semble inadmissible qu'on trouve de bons arguments pour défendre la thèse contraire, fût-on médecin en même temps que chef d'une grande administration.

Une médiation à offrir.

Lettre à M. le Dr X., délégué départemental du Concours et de ses œuvres.

Cher Confrère,

Voulez-vous permettre au Concours médical de vous charger d'une mission délicate ?

Il n'existe pas de Syndicat dans votre région. S'il y en avait un, nous nous serions quand même adressés à vous, car il n'est pas douteux que vous eussiez fait partie du Bureau, ayant toute qualité pour rendre, dans ce rôle, les plus grands services : nous en savons quelque chose.

Voici les faits au sujet desquels nous réclamons de vous une observation confraternelle.

Dans votre département, au chef-lieu d'un canton de 9.000 âmes, qui avait toujours été desservi par deux médecins, un excellent membre du Concours médical resta seul, pendant une dizaine d'années, jusqu'en 1898.

Tout naturellement il fut chargé des divers services de médecine publique, des soins aux Sociétés de secours mutuels, aux compagnies de sapeurs-pompiers, aux ouvriers des usines, aux employés d'une société de tramways, etc... Il s'en acquitta à la satisfaction de tous.

Survint, il y a deux ans, un jeune confrère, enfant du pays, qui s'installait au milieu des siens.

Le nouveau venu, également membre du Concours, se montra correct et bien intentionné, respectant ce qu'il appelait lui-même les droits acquis de son ancien, fermant l'oreille à bien des propositions, tempérant le zèle des amis qui voulaient intriguer, pour lui obtenir sa part des fixes monopolisés par le confrère. C'était son devoir, c'est entendu : il l'a scrupuleusement rempli, et nos deux sociétaires sont encore à cette heure dans la règle déontologique.

Mais voici que dernièrement le jeune est allé trouver l'ancien, et lui a dit : « Je voudrais bien rester au pays natal, mais je gagne vraiment trop peu, parce que je me heurte de tous côtés à vos services fixes ; je ne puis mettre le pied nulle part, sans marcher sur vos plates-bandes, ce que je me suis interdit. Ne pourriez-vous pas me faire une toute petite place, soit par un partage des services, soit en m'abandonnant, par exemple, l'inspection des enfants du premier âge, puisqu'elle est, à cette heure, incompatible avec votre mandat de conseiller général ? »

Eh bien, la réponse a été évasive, trop évasive : le jeune confrère nous écrit qu'il n'ose rien espérer, que ses scrupules ne paraissent pas avoir été suffisamment goûtés, et que, talonné par le besoin, il craint de ne pouvoir attendre, du temps seul, la petite place au soleil qu'il croyait mériter.

« Envoyez-donc, ajoute-t-il, à mon confrère « hésitant, le Propos du jour que vous avez publié au n° 36 de l'année dernière, sous le titre : « *L'encombrement médical et l'attitude qu'il impose.* « Il comprendra, et nous resterons amis au lieu « de tomber dans la lutte. »

Il est facile à faire cet envoi.

Mais, cher Confrère, nous en attendrions un résultat bien plus certain si vous vouliez prendre la peine d'interwiever les deux intéressés, et de les aider à trouver le terrain d'entente. Le problème n'est pas insoluble, étant données les bonnes habitudes déontologiques de l'un et de l'autre, et il serait déplorable que ces amis d'aujourd'hui, devinssent des ennemis demain, en entamant une concurrence qui amoindrirait beaucoup plus la situation de l'ancien que ne saurait le faire un petit sacrifice en faveur de son jeune confrère.

Mieux que nous, grâce à votre influence et à votre connaissance des circonstances locales, vous êtes qualifié pour la médiation nécessaire.

En notre nom, si vous le voulez, n'hésitez pas à l'offrir. Vous ferez certainement des heureux, et le Concours médical vous remerciera une fois de plus de l'avoir bien représenté.

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Société locale de l'Oise.

Cette société a tenu une assemblée spéciale pour délibérer sur sa transformation.

A peu près tous les membres présents étaient d'avis de se séparer de l'Association générale. Un des arguments les plus puissants en faveur de cette détermination, résidait en ce fait que, depuis 1860, la société n'avait pas eu occasion de faire appel à l'Union des sociétés locales, pour obtenir des pensions ; que les ressources avaient suffi aux secours aux membres et aux étrangers à la société.

Mais le Président, M. Cézilly, partisan, lui aussi, de la liberté, de la société de bienfaisance confraternelle libre, après avoir exposé les vains efforts faits dans ce sens, dans la presse et aux assemblées de l'Association générale, a posé la question en ces termes ;

« Voulez-vous, Messieurs, peu nombreux que vous êtes, reprendre votre entière liberté, au prix d'une certaine responsabilité ? Si nous nous séparons de l'Association générale : 1° nous serons forcés de par la loi, de verser tous nos fonds actuels (10.000 fr.) à la caisse des dépôts et consignations.

2° Nous ne pourrons ensuite disposer que des revenus de cette somme et de nos cotisations annuelles.

3° Nous ne pourrons plus réclamer les *pensions* et les *secours* aux veuves et orphelins, constitués grâce à nos deux millions, économisés par tous, depuis 1860.

En conséquence, si un grand malheur frappe un de nos sociétaires, que nous ayons à le faire

vivre lui et sa famille, nos ressources seraient insuffisantes et nous aurions assumé la plus lourde responsabilité.

Mus par ces considérations, les membres présents ont décidé de rester affiliés à l'Association générale et il est probable que la consultation par écrit, organisée dans l'Oise, consacrera cette résolution.

A. C.

Société locale de la Seine-Inférieure.

Nous venons d'apprendre que l'Association de la Seine-Inférieure, dans sa séance du 15 mars, s'est refusée à conformer ses statuts aux prescriptions de la loi du 1er avril 1898.

Cette décision entraîne sa séparation de l'Association générale.

Les détails de la séance seront publiés dans le prochain numéro de la *Normandie médicale*.

Syndicat de Sedan.

Monsieur et cher Confrère,

Je suis heureux de vous apprendre que, après une période de fluctuations diverses, le syndicat médical de l'arrondissement de Sedan a imposé aux Compagnies d'assurances, à partir du 1er janvier dernier, le forfait à 15 fr. Tous les médecins syndiqués (20 sur 23 médecins que compte l'arrondissement) ont donné leur signature sur la circulaire qui a été adressée à tous les agents d'assurances de la région. Les Compagnies sont naturellement peu satisfaites. Elles parlent même de faire venir à Sedan un médecin qui aurait tous leurs blessés. Nous doutons qu'on trouve le confrère en question ; d'autre part, les Compagnies voudront peut-être nous imposer le tarif de l'assistance médicale gratuite, en disant aux blessés de choisir leur médecin. Nous sommes résolus à refuser les soins dans ces conditions et nous exigerions une demande écrite de soins, du patron. Nous espérons ainsi avoir définitivement amélioré la situation.

Nous suivons avec plaisir dans votre journal les phases de cette lutte avec les Compagnies et il nous semble de plus en plus que le mouvement de défense se généralise et que bon gré, mal gré, les Compagnies devront se résoudre à nous donner satisfaction. Vous aurez été pour la grande part dans ce résultat, et il convient de vous en remercier bien sincèrement.

Je vous signale, en passant, une des dernières prétentions d'une Compagnie. J'ai reçu, comme tous ses médecins, je suppose, la circulaire suivante :

Monsieur le Docteur,

Nous avons l'honneur de vous informer qu'il nous serait agréable (!) que l'antisepsie de nos blessés fût pratiquée au moyen de l'antiseptique L., des expériences faites nous ayant démontré que cet antiseptique présente des avantages d'économie sur ceux habituellement employés, la sécurité du traitement restant *complète* et les chômages s'en trouvant même diminués (!!).

Nous espérons que vous voudrez bien tenir compte de notre désir à ce sujet et nous vous signalons que le L. se vendant en flacons de diverses grandeurs pour 1 litre, 10 litres et 30 litres, nous vous prions de mentionner sur vos ordonnances : flacon pour 1 litre, flacon pour 10 litres ou flacon pour 30 litres de solution, suivant l'importance du pansement et la longueur présumée du traitement.

Veuillez agréer, etc.

Je ne discute pas les vertus du L., mais il me semble que ce n'est pas à une Compagnie d'Assurances à nous donner des conseils de nature médicale qui sont presque des ordres. A quand l'imposition de tel ou tel procédé opératoire dans les amputations ou dans toute autre intervention ? Il n'y a plus de raison pour s'arrêter en si beau chemin. Je pense que le mieux est de ne pas répondre et de continuer, chacun en particulier, à soigner nos blessés suivant nos habitudes et notre conscience. Si vous jugez que le fait en vaut la peine, accordez-lui la publicité de votre journal et croyez d'avance à tous mes remerciements.

Veuillez agréer, etc.

Dr Pérignon,
Secrétaire du Syndicat médical de Sedan.

REPORTAGE MEDICAL

BIBLIOGRAPHIE.

Vient de paraître à la Librairie *Maloine*, 21, place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris :

Mémentos de Médecine thermale à l'usage des praticiens, publiés sous la direction du Dr Morice, 1 volume in-8° carré de 250 pages de texte cartonné, (première série)........................ 4 francs.

Manuel complet de gynécologie médicale et chirurgicale. (Nouvelle édition entièrement refondue, contenant la technique opératoire complète.) Un fort volume in-8° de 730 pages et 607 figures, par A. Lutaud.................................. 20 francs.

Année ophtalmologique 1898-1899, par le Dr A. Leprince, 1 vol. in-18...................... 4 francs.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4473. — M. le docteur Couturier, de Mérinchal (Creuse), présenté par M. le docteur Cazy, d'Evaux (Creuse), et membre du Syndicat de l'Association des médecins de la Creuse.

N° 4474. — M. le docteur Villaret, de La Mure-d'Isère (Isère), présenté par M. le docteur Tabar, de Clelles (Isère) et membre du Syndicat et de l'Association des médecins de l'Isère.

NECROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer le décès de M. le docteur Gabriel Samalens, d'Auch, membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. Cézilly.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 13 31 MARS 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La déontologie et la foi dans les nouvelles méthodes de diagnostic.

A mesure que notre art cherche à se rapprocher des sciences exactes, que l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement lui-même des maladies observées, prétendent s'autoriser de plus en plus des enseignements précis et des découvertes de la physique et de la chimie, on voit surgir des motifs de controverse, qui rappellent les luttes homériques entre les systèmes passés.

Si on s'en tenait à des controverses, il n'y aurait que demi-mal ; mais d'excellents esprits, qui n'ont que le défaut d'être trop absolus dans leur foi, en arrivent à des conflits qui nous mettent en mauvaise posture, devant une galerie encore imprégnée de l'évangile de Molière.

L'autre jour, par exemple, MM. Lucas-Championnière, Berger, Richet, montraient à l'Académie de médecine tout ce qu'on peut tirer d'opinions divergentes, de plusieurs épreuves radiographiques d'une même lésion. C'est une leçon qu'il ne faut pas perdre.

Hier, le Conseil municipal de Paris a tenu une séance des plus orageuses, parce qu'il ne pouvait savoir, grâce à une contradiction de bactériologistes, si les eaux de la Vanne contiennent du bacille d'Eberth ou simplement un bacille éberthiforme.

A tout instant, devant les tribunaux, les experts médecins se livrent à des tournois dans lesquels, la victoire reste bien indécise. Et il n'est pas certain que les magistrats aient toujours conclu, ensuite, en parfaite connaissance de cause, puisque le jugement primitif est souvent modifié en appel, ou apparaît plus tard comme peut-être entaché d'erreur. Les affaires Laporte, Massard, Bianchini, Vacher en sont des témoignages récents.

Mais, ce que nous voudrions surtout signaler, pour mettre en garde contre les conclusions hâtives, c'est le petit conflit que nous voyons maintenant surgir, à chaque pas, dans la modeste sphère de notre clientèle.

Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, la recherche des bacilles de Lœffler, de Koch, etc., dans les crachats, les membranes, les secrétions, engendrent des chicanes entre médecins, ou bien entre ceux-ci et les bactériologistes. Armés chacun d'épreuves contraires, ils se jettent des mots de suspicion ou de combat, s'accusent d'incapacité ou de pur mercantilisme, et, parfois, dans l'ardeur de la discussion, se portent des coups, préjudiciables aux uns comme aux autres.

Excusables, ils le sont certainement, ainsi que tous ceux qu'anime une conviction sincère.

Mais, il n'en convient pas moins de leur crier casse-cou, car ils compromettraient les méthodes précieuses qui ne demandent qu'à être perfectionnées, et discréditeraient, en même temps, ceux qui poursuivent cette amélioration par une pratique consciencieuse, mais non infaillible.

C'est surtout dans nos modestes fonctions de médecine publique, inspection des écoles, des crèches, expertises médico-légales, déclaration

des maladies contagieuses, etc..., qu'il faut se garder d'une foi aveugle dans les méthodes encore nouvelles. Nos petits ukases, trop légèrement appuyés, risqueraient fort d'atteindre un collègue, un confrère, par-dessus le cas particulier que nous visons.

La radiographie, la bactériologie, le sérodiagnostic, sont encore des armes à détente trop douce pour le commun des tireurs, je veux dire, des praticiens comme nous.

Tout en rêvant de la précision qu'elles nous promettent, n'oublions pas qu'elles ont parfois de graves écarts, et soumettons-les sans faiblesse à la pure clinique.

Et surtout n'en faisons pas des armes de guerre civile. H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Les injections sous-arachnoïdiennes de liquides médicamenteux.

Notre confrère la *Tribune Médicale* analyse un très intéressant travail de M. *Jacob* dans le *Deutsch. Med. Wochenschrift*, sur les injections sous-arachnoïdiennes de liquides médicamenteux.

Les expériences faites sur des chèvres et des chiens, lui ont tout d'abord montré qu'on peut éviter les phénomènes de compression cérébrale, en faisant l'injection sous-arachnoïdienne d'une façon lente et progressive. A l'aide d'un appareil spécial dont il donne la description, l'auteur retire d'abord 1 ou 2 c.c. de liquide cérébro-spinal, et injecte aussitôt 1 ou 2 c.c. d'une solution dont il se sert pour cette opération ; il répète ensuite cette opération un certain nombre de fois, en procédant toujours très lentement, si bien que pour injecter 25 c.c., il met quinze à vingt minutes.

En procédant de cette façon, et en employant des liquides colorés, il a pu déterminer que le liquide, injecté entre la troisième et la quatrième vertèbres lombaires, monte rapidement jusqu'à l'encéphale, reste pendant quelque temps dans le liquide cérébro-spinal et est ensuite résorbé puis éliminé. Les expériences avec le bleu de méthyle lui ont notamment montré, qu'en cas d'injection sous-arachnoïdienne, la coloration verte des urines persiste pendant vingt-quatre à quarante-huit heures.

Les expériences avec des solutions d'iodure de potassium ont donné les résultats suivants :

Tout d'abord, l'auteur a constaté que si on donne à un animal, par la voie stomacale, de l'iodure de potassium même à haute dose, on n'en trouve pas trace dans le cerveau ; en cas d'injection sous-cutanée, on ne peut déceler dans le cerveau que des traces minimes. Par contre, l'injection sous-arachnoïdienne, même d'une toute petite dose d'iodure de potassium, fait passer dans le cerveau une quantité de ce sel.

Un autre fait constaté par l'auteur, c'est que les animaux supportent mal les injections sous-arachnoïdiennes d'iodure de potassium en solution, même moyennement concentrée.

En injectant aux chiens 25 c.c. d'une solution d'iodure de potassium à 4 % (soit 1 gramme d'iodure), l'auteur a observé des phénomènes excessivement bruyants : élévation de la température, accélération considérable du pouls, convulsions, perte de connaissance, paraplégies, douleurs violentes, etc. Ce n'est que lorsque le titre de la solution est abaissé à 0.04 % que l'injection de 25 c.c. (soit 0,01 centigramme d'iodure) ne provoque aucun phénomène et est bien supportée par l'animal.

En se guidant sur ces faits, l'auteur a essayé les injections sous-arachnoïdiennes de sérum antitétanique dans un cas de tétanos, et les injections d'iodure de potassium, dans trois cas de syphilis cérébro-spinale.

Le cas de tétanos est celui d'une femme qui

FEUILLETON

Les assurances ouvrières et les sanatoria populaires en Allemagne.

Les assurances ouvrières en Allemagne, et elles n'existent encore qu'en Allemagne, sont (en laissant de côté l'assurance contre les accidents) de deux ordres : 1° l'assurance contre l'invalidité et la vieillesse ; 2° l'assurance contre la maladie. Les deux sont obligatoires.

D'après la loi du 22 février 1889, tout individu employé contre salaire, ouvrier proprement dit, commis, domestique, etc., âgé de plus de seize ans et gagnant moins de 2,500 francs par an, doit s'assurer contre l'invalidité et la vieillesse. Comme c'est le patron qui est responsable et soumis à une série de pénalités s'il emploie des salariés non assurés, l'exécution de cette loi est générale.

Le mécanisme de cette assurance est excessivement simple et ne comporte aucune formalité : un carton divisé en cinquante-deux cases et portant le nom de l'ouvrier, et des timbres mobiles, comme nos timbres de quittance, suffisent à toute la besogne. Le carton est délivré gratuitement à tout ouvrier, dans les commissariats de police ; les timbres s'achètent dans tous les bureaux de poste, aux guichets où l'on vend des timbres-poste.

La chose se passe donc de la façon suivante. Quand vous arrêtez un ouvrier, un domestique, il vous remet sa carte d'assurance, et toutes les semaines, vous, le patron, vous collez sur une case du carton un timbre d'assurance. Quand vous payez votre ouvrier, vous retenez sur son salaire la moitié de ce que vous avez dépensé en timbres d'assurance ; de cette façon, l'assurance contre l'invalidité et la vieillesse est payée moitié par le patron, moitié par l'ouvrier. Quand les cinquante-deux cases du carton sont recouvertes de timbres, l'ouvrier rapporte son carton au commissariat, qui lui délivre une quittance et une nouvelle carte, et envoie l'ancienne à l'établissement central de l'une des treize circonscriptions administratives de l'Empire allemand.

Il existe quatre timbres d'assurance en rapport avec chaque classe de salaire, c'est-à-dire que plus le salaire de l'ouvrier est élevé, plus son assurance coûte cher. Ainsi, pour la première classe de salaire, comprenant les ouvriers gagnant moins de 430 francs par an, chaque timbre coûte 18 centimes (14 pfennigs) ; pour la troisième classe, où le salaire est de 687 francs à 1,062 francs par an, chaque timbre est de 30 centimes (24 pfennigs).

Il semble, à première vue, que ces assurances ne doivent pas donner grand'chose. C'est une erreur, et sans citer des statistiques, que du reste on ne lit jamais dans un article, j'indiquerai seulement que

dix jours après une fausse couche, présenta les symptômes du tétanos. Elle arriva à l'hôpital six jours après le début des accidents, dans un état très grave, confirmant ainsi les données statistiques d'après lesquelles le tétanos, qui éclate dix jours après l'infection, comporte une mortalité qui varie entre 90 et 100 %. On lui fit donc une injection sous-arachnoïdienne de 10 c.c. de sérum de Behring, et en même temps, on lui injecta sous la peau 2 grammes de sérum de Tizzoni. Comme aucune amélioration ne s'était produite, on fit, deux jours plus tard, une nouvelle injection sous-arachnoïdienne de sérum antitétanique.

Le lendemain, une amélioration se manifesta et la malade finit par guérir.

A cette occasion, l'auteur a pu constater que les injections sous-arachnoïdiennes ont provoqué, chaque fois, une élévation de température, et que le liquide cérébro-spinal retiré avant l'injection de sérum ne contenait pas de toxine tétanique, qui, par contre, existait dans le sang de la malade.

L'auteur n'attribue pas la guérison de sa malade à la voie dont il s'est servi, et il cite, à cette occasion, les cas de tétaniques traités par les injections sous-arachnoïdiennes de sérum, qui ont été publiés par Schuster, Schulze, Heubner et Sicard. Les malades ont guéri ou sont morts, et, de l'avis des auteurs, que nous venons de citer, la voie sous-arachnoïdienne n'est pas plus efficace que la voie sous-cutanée.

Dans les trois cas de syphilis cérébrale que rapporte M. Jacob, les injections sous-arachnoïdiennes d'iodure de potassium (25 c.c. d'une solution à 0,04 %) ont paru amener une amélioration des symptômes, mais cette amélioration était lente à venir, et en tout cas n'était pas éclatante. Chez deux de ces malades, l'injection a provoqué une élévation de température, des nausées et des vomissements, de la céphalalgie, etc., phénomènes qui ont persisté pendant quelque temps et que l'auteur attribue à l'action directe de l'iodure de potassium sur le cerveau.

Une malade a encore présenté, à la suite de l'injection, une glycosurie passagère.

En terminant, l'auteur rapporte brièvement l'observation d'un tabétique, dont les douleurs fulgurantes extrêmement violentes, furent calmées, pour quelques heures, par l'injection sous-cutanée de 1 c.c. d'une solution de cocaïne à 0,01 %. Ces douleurs reparurent le lendemain avec leur intensité première.

Tractions rhythmées de la langue dans l'asphyxie d'origine bulbaire, au cours de la fièvre typhoïde.

M. le Dr *Schneider*, d'Oran, rapporte le curieux fait suivant concernant la valeur des tractions rhythmées de la langue, en cas d'asphyxie.

« Un des malades de mon service, atteint d'une dothiénentérie très grave (forme septicémique hyperpyrétique) manifesta subitement, le 13 février à midi, des symptômes bulbaires alarmants.

« Immédiatement appelé, je le trouvai avec la face cyanosée, ruisselant de sueur, les conjonctives très injectées, les pupilles agrandies au *maximum* et immobiles. Un trismus d'une intensité extrême déterminait un contact tellement intime des arcades dentaires, qu'il fallut des efforts considérables pour les séparer : la langue apparut alors, rétractée, d'une consistance ligneuse, comme avalée par le malade, et obturant l'isthme bucco-pharyngien.

« La respiration était rauque, le pouls misérable, le cou gonflé, les jugulaires dilatées et animées de battements.

« La perte de connaissance était à peu près complète.

« Les *tractions rhythmées* de la langue rappe-

---

par exemple, en 1896, les treize établissements centraux d'assurance avaient en caisse, au 31 décembre, la somme coquette de 575 millions de francs.

La rente à laquelle a droit un ouvrier, devenu invalide ou ayant atteint l'âge de soixante-dix ans, varie avec la classe de salaire, c'est-à-dire avec la somme versée à l'Etat sous forme de timbres-poste. Il m'est impossible d'indiquer ici, en détails, la façon dont cette rente est établie ; mais il me suffira de dire que cette rente ne peut dépasser 412 francs (quatrième classe de salaire).

Ici encore, les formalités sont réduites au minimum. L'intéressé adresse une demande au sous-préfet ou à l'autorité municipale, qui fait une enquête. Quand la rente est accordée, elle est payée, mensuellement et d'avance, par le bureau de poste le plus voisin.

L'assurance contre la maladie, tout en étant obligatoire pour les mêmes catégories de salariés (ouvriers, domestiques, etc.), est réalisée sans l'intervention directe de l'Etat. Aussi, l'uniformité que nous avons trouvée dans l'assurance contre l'invalidité et la vieillesse y fait défaut.

Le cas le plus habituel est celui des ouvriers exerçant la même profession ou des professions voisines, qui se constituent en Société dite caisse d'assurance contre la maladie. Cette caisse est alimentée par les cotisations de ses membres, qui varient d'une caisse à l'autre et avec le salaire de ses membres. Ainsi, pour prendre un exemple, pour la caisse des commis et des employés de commerce de la ville de Berlin, les cotisations comportent cinq classes et sont, pour chaque semaine, de 30 centimes pour la première classe de salaire et 80 centimes pour la cinquième classe.

A la tête de chaque caisse se trouve un Comité directeur, composé de six patrons et six ouvriers, élu pour trois ans. Un trésorier, un garçon de recettes assurent le service.

C'est encore le patron qui a la charge de cette assurance, en ce sens que sous peine d'infraction à la loi, il ne peut employer des ouvriers non affiliés à une caisse d'assurance contre la maladie. En arrêtant un ouvrier, il doit lui demander son livret de caisse, et ce livret, il le garde. Toutes les semaines, ou au plus toutes les quatre semaines, le garçon de recettes de la caisse passe chez le patron pour toucher les cotisations et timbrer les livrets. Le jour de paye, le patron retient, sur le salaire de ses employés, le tiers de la somme versée à la caisse. Autrement dit, la cotisation est pour les deux tiers à la charge du patron, et pour un tiers à la charge de l'ouvrier.

A ses affiliés, la caisse doit tout d'abord des secours médicaux assurés par un ou plusieurs médecins qui y sont attachés. Elle leur doit encore les médicaments, les bandages, les appareils, etc., une indemnité pécuniaire pour chaque jour de maladie, des se-

lèrent très vite le malade à la vie : la respiration redevint normale.

« Nous vîmes alors le singulier fait suivant :

« Dès que X.... eut conscience de ce qui se passait autour de lui, il saisit, d'un geste violent, le manche de la pince avec la main gauche, passa le pouce et l'index de sa main droite dans les anneaux, et tira sa langue au dehors avec une énergie désespérée. Toutes nos représentations furent inutiles : il ne voulut point abandonner l'instrument.

« Pendant deux heures environ, les symptômes d'asphyxie se reproduisirent par crises. Nous maintenions l'écartement des mâchoires par l'interposition, entre les deux rangées de dents, de gros bouchons de liège. Dès l'apparition des contractures, X... effectuait lui-même des *tractions rythmées* de sa langue, jusqu'à ce qu'elle eût cessé de se rétracter, et qu'il pût respirer librement.

« Il ne permit d'enlever la pince que deux heures après, quand tout danger fut conjuré.

« Ce typhique devait donc la prolongation de sa vie à l'emploi qu'il avait fait, d'instinct, de la méthode. »

Traitement des hémorrhoïdes.

D'après M. le Dr *Boas* (*Centralblatt f. Therap.* et *Gazette hebdomadaire*), le point de départ de toute thérapeutique rationnelle contre les hémorrhoïdes est dans ce fait, qu'il s'agit d'une affection du rectum, ayant son origine là, et à part quelques complications rares, y restant localisée.

Parmi les causes locales, les plus importantes, sont les obstacles à la circulation porte ou cave. La compression la plus fréquente est produite par la présence des matières durcies dans l'ampoule rectale ou dans l'S iliaque.

La première et la plus importante des indications, consiste à combattre la constipation habituelle, à éviter l'accumulation de masses stercorales dans le rectum.

Au point de vue régime, il faut commander tout ce qui est susceptible d'augmenter le péristaltisme intestinal.

L'hygiène générale bien comprise, proscrivant le régime sédentaire, multipliant les soins de toilette anale, est également nécessaire. Les douches périnéales sont particulièrement recommandables.

Au point de vue médicamenteux, le Dr Boas conseille à l'intérieur l'emploi de l'hamamelis virginica.

Rp. Ext. fluide d'Hamamelis. 100 gr.
3 cuillerées à café par jour.
Pendant 3 mois.

Localement contre les douleurs et les excoriations il recommande les suppositoires suivants :

Rp.	Chrysarobine..........	0 gr. 08
	Iodoforme..............	0 gr. 02
	Extr. belladone........	0 gr. 01
	Beurre de cacao........	2 gr..

Pour un suppositoire, 2 à 3 par jour.
ou sous forme de pommade :

Chrysarobine...........	0 gr. 8
Iodoforme..............	0 gr. 3
Ext. Belladone.........	0 gr. 6
Vaseline................	15 gr.

Contre les hémorrhoïdes externes on prescrit :

Rp.	KI.....................	2 gr.
	Iode pur................	0 gr. 05
	Glycerine...............	35 gr.

et plus tard

Rp.	KI......................	5 gr.
	Iode....................	1 gr.
	Glycérine...............	40 gr.

Médication cacodylique.

A l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, M. le professeur *Hayem* a exposé son opinion sur la médication caco-

---

cours pécuniaires à la famille, si le malade est traité à l'hôpital, de l'argent de poche aux malades célibataires traités à l'hôpital.

Comme le montant des cotisations, celui des secours pécuniaires varie aussi avec les classes de salaire et d'une caisse à l'autre. Dans la caisse des employés de commerce de la ville de Berlin que nous avons déjà prise pour exemple, l'indemnité de maladie, par jour, est de 80 centimes pour la cinquième classe, de 2 fr. 25 pour la première ; dans ces deux classes, l'indemnité de décès est respectivement de 40 francs et de 112 francs.

En somme, ces caisses rappellent, par plusieurs côtés, nos Sociétés de secours mutuels. Il y a cette différence que l'affiliation à une caisse d'assurance contre la maladie étant obligatoire en Allemagne, ces caisses, tout en étant moins riches que les établissements d'assurance contre l'invalidité et la vieillesse, disposent encore de sommes respectables. Ainsi, en 1897, pour ne prendre que cette année, les caisses d'assurance contre la maladie ont encaissé près de 210 millions de francs et dépensé près de 168 millions.

Ce sont ces deux institutions sociales, dont nous venons d'esquisser schématiquement l'organisation, qui ont assuré le succès du sanatoriom en Allemagne. Les raisons qui les ont determinées à prendre en main la cause des sanatoria étaient, avant tout, d'ordre économique ou même financier.

Très peu de temps après leur fondation, les établissements d'assurance contre l'invalidité et la vieillesse ont constaté que la plus grande partie des rentes qu'ils étaient obligés de servir aux ouvriers invalides était absorbée par des tuberculeux. Cette proportion des rentes servies à des tuberculeux variait, suivant les circonscriptions administratives, de 20 à 25 %. Ainsi, dans une des nombreuses statistiques publiées sur cette question, on trouve que sur 60,000 rentes d'invalidité, 8,500 étaient servies à des tuberculeux. Ce qui rendait le fait particulièrement grave, c'est que le nombre de ces rentiers tuberculeux augmentait tous les ans, si bien qu'on pouvait prévoir le moment où les établissements d'assurance ne pourraient plus faire face à la nouvelle situation.

Or, un simple calcul, fait par M. Gebhardt, directeur de l'Établissement hanséatique d'assurance, a montré que, si au lieu de payer des rentes, les établissements d'assurance se chargeaient de la construction et de l'entretien du sanatorium, ils en retireraient encore un bénéfice considérable. D'après ce calcul, 1,000 tuberculeux coûtent, en rentes d'invalidité, 475,000 francs ; hospitalisés et entretenus dans des sanatoria, ils ne coûteraient que 225,000 francs, en comptant même les frais de construction des sanatoria, d'où un bénéfice net de 259,000 francs.

Un autre calcul, non moins curieux, établit le bénéfice social, économique, qui résulte du nombre de

dylique dirigée, contre la chlorose. Il a, tout d'abord, déclaré que décidément, il faudra adopter exclusivement la méthode des injections sous-cutanées, malgré les inconvénients qu'elle présente pratiquement, lorsqu'il s'agit d'une cure de longue haleine. Il est un point sur lequel il appelle l'attention : c'est sur les effets du cacodylate de sodium dans l'anémie chlorotique.

Sans vouloir, dès à présent, se prononcer d'une manière ferme et absolue, il avance que les chlorotiques de son service, soumises au cacodylate, n'ont pas été sensiblement améliorées par le médicament.

Les anémies, considérées en général, peuvent être, d'ailleurs, divisées au point de vue thérapeutique en deux groupes.

Dans le premier, la formation globulaire est active, ou conserve, tout au moins, une certaine intensité ; mais les globules formés restent petits, imparfaitement développés, peu chargés en hémoglobine. L'anémie chlorotique en est le type. C'est le fer, qui convient aux anémies de cette origine.

Dans le second groupe, la formation globulaire est torpide, les éléments sont formés en nombre insuffisant. Le processus est celui de l'*anématopoïèse*. L'arsenic est, dans ce cas, le médicament qui réussit le mieux. Malheureusement, il est loin d'être souverain. Le cacodylate sera-t-il supérieur ? Il ne paraît pas l'être quant à présent dans la leucémie ; mais il a peut-être une supériorité marquée dans d'autres variétés d'anémies, notamment dans l'anémie des tuberculeux.

Complications urinaires de la grippe.

M. le Dr *Desnos* a communiqué à la Société médico-chirurgicale d'intéressantes remarques sur les complications urinaires de la grippe : ces complications sont surtout les uréthrites et les prostatites grippales. (*Presse Médicale.*)

« Ces complications peuvent se présenter sous trois formes principales :

« Dans une première catégorie, se placent les sujets n'ayant jamais rien eu du côté des voies urinaires, aucune infection précédente ni préexistante. Comme exemple de cette catégorie, je citerai le fait d'un Saint-Cyrien qui, en 1890, pendant qu'il se trouvait en congé dans sa famille, fut pris de grippe. Quelques jours après, il eut tout à coup un frisson violent, suivi d'une vive douleur à la région prostatique et d'une rétention complète d'urine.

« Appelé auprès de lui, je constatai une prostate volumineuse, grosse comme une mandarine. Le cathétérisme fut difficile ; je ne pus l'exécuter qu'au moyen d'un mandrin. Je laissai ensuite une sonde à demeure et je craignais fortement qu'un abcès se formât dans la prostate. A mon étonnement, il n'y eut aucune suppuration. Tous les symptômes fonctionnels disparurent au bout de quinze jours ; la miction et l'état général se rétablirent. Mais la prostate conservait des bosselures et une hypertrophie marquée. Inquiet au point de vue de la tuberculose, je demandai une consultation de M. le professeur Guyon. Celui-ci me déclara qu'il n'avait jamais rien vu de pareil, en dehors de la tuberculose, et c'est le diagnostic que nous portâmes avec quelques réserves. Heureusement pour notre malade, ce diagnostic n'a pas été confirmé par l'évolution même du mal. La prostate est restée volumineuse pendant six mois, puis elle a diminué, et jamais il n'y a eu d'accidents de tuberculose.

« Je dois dire que ce malade n'avait jamais eu de blennorragie, avant son atteinte de grippe, et même qu'il affirmait n'avoir pas eu de rapports sexuels. Il a, depuis, contracté une blennorrhagie, qui a entraîné une prostatite aiguë. Mais cette prostatite, ainsi que la blennorrhagie, se sont bien guéries sans donner lieu à aucun signe de tuberculose. Ce jeune homme est aujourd'hui

---

guérisons définitives ou temporaires qu'on obtient dans des sanatoria. En tablant sur 12,000 tuberculeux, dont 9,000 guériraient, même seulement pour trois ans, et en portant à 625 francs le chiffre du salaire annuel, on trouve un bénéfice annuel de 16,875,000 fr. (900 × 625 × 3) ; si, de ce chiffre, on déduit les frais de traitement et les intérêts des capitaux engagés, ce bénéfice est encore de 8,375,000 francs.

Ce sont ces deux faits, bien établis pour frapper l'imagination, qui ont constitué une véritable plateforme de propagande. Il faut rendre cette justice au Gouvernement allemand que très rapidement il se rendit compte de la justesse de ces réclamations, de l'importance sociale et économique de la question soulevée. Il consentit à ce que les établissements d'assurance se chargeassent de la construction et de l'entretien des sanatoria, et, par une loi votée dernièrement par le Reichstag, il donna une sanction légale à la voie dans laquelle s'étaient engagés les établissements d'assurance.

Dans cette propagande en faveur des sanatoria, les établissements d'assurance contre l'invalidité et la vieillesse ont été puissamment secondés par les caisses d'assurance contre la maladie. Elles aussi avaient constaté que la plus grande partie de leur revenu était mangée par des tuberculeux ; que la tuberculose, tout en évoluant vite dans les milieux ouvriers, n'en durait pas moins deux ou trois ans, pendant lesquels ces malades coûtaient cher. Elles aussi réclamaient la construction des sanatoria d'où les malades sortent suffisamment améliorés au bout de quatre à six mois, et proposaient, pour rendre la cure plus efficace, de se charger, dans la mesure du possible, des familles des ouvriers hospitalisés. Elles aussi eurent gain de cause.

A l'heure actuelle, les choses se passent en Allemagne de cette façon. Ce sont les établissements d'assurance contre l'invalidité et la vieillesse, qui se chargent de la construction des sanatoria et de l'entretien des malades. Les caisses contre la maladie, aidées de diverses associations charitables, pourvoient aux besoins de la famille laissée en détresse. Aujourd'hui, les établissements d'assurance contre l'invalidité possèdent huit sanatoria qui fonctionnent, dix autres en construction ou prêts à fonctionner.

Il ne faudrait pourtant pas croire, comme on l'a dit, que sans les assurances ouvrières une organisation sérieuse des sanatoria n'est pas possible. C'est faux et archi-faux, car l'exemple de la Suisse et de la Belgique est là pour prouver que sans les assurances ouvrières, et en utilisant les autres institutions de solidarité sociale, on peut arriver au même but.

(*Correspondant méd.*)

R. Romme.

marié, père de famille, et se porte très bien. Sa prostatite n'était qu'une congestion grippale.

« Dans une deuxième catégorie, j'ai observé des sujets qui avaient antérieurement une vieille uréthrite. Pris de la grippe, cette uréthrite a été réveillée, s'est propagée à la prostate et a déterminé une prostatite qui, ordinairement, ne suppure pas, mais qui, cependant, dans quelques cas, aboutit à un abcès.

« Enfin, dans une troisième catégorie, j'ai observé des sujets qui avaient eu autrefois une uréthrite. Cette uréthrite a été réveillée par la grippe et a évolué sans participation de la prostate. »

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

Soins à donner au cordon ombilical du nouveau-né.

Malgré les progrès incontestables, dus à l'antisepsie et à l'asepsie, le cordon ombilical sectionné, reste pour les nouveaux-nés une source d'infection redoutable. On a employé tour à tour le bandage ombilical, la forcipressure avec une pince à demeure ; Flagg, il y a 20 ans déjà, a lié isolément tous les vaisseaux du cordon, et fait par-dessus la suture cutanée ; Sänger et Czerwenka ont fait sur le moignon des applications de salicylate d'amyle, au moyen de gaze stérilisée ; Büdberg l'a traité avec l'alcool absolu ; Küssmin l'a enserré dans un anneau de caoutchouc.

Non seulement tous ces procédés sont trop compliqués pour la pratique journalière des accoucheuses, mais encore ils ne répondent pas à une asepsie parfaite, et sont trop incommodes quand il s'agit de baigner l'enfant.

Voici, d'ailleurs, le procédé que le Dr Martin (*Berl. klin. Woch.*, 1900) a préconisé. Une fois que l'enfant est lavé et séché on entoure le cordon d'une compresse de gaze humide, puis on lie le cordon, ras la peau, avec un fil de soie stérilisé ; enfin, et c'est là le côté original du traitement, on le sectionne à 1 cent. ou 1 cent. 1/2 au moyen de ciseaux-cautère portés au rouge. Ce procédé est absolument sûr ; pas d'hémorrhagies à craindre ; le moignon est ensuite enveloppé de gaz stérilisée, et on fait le bandage ombilical ordinaire. L'auteur n'a jamais observé d'infection consécutive, quoiqu'on ait nettoyé et baigné l'enfant suivant les méthodes ordinaires. Les effets de ce traitement sont, paraît-il, merveilleux. Au 2e jour déjà, le moignon ombilical est à fleur de peau. Au 4e, 5e jour, au plus vers le 6e jour, le moignon et la ligature tombent, et la cicatrice est parfaite.

L'auteur a expérimenté ce procédé sur une trentaine d'enfants, et voici les avantages qu'il lui reconnaît : il préserve absolument des hémorrhagies consécutives ; protège d'une façon certaine contre l'infection et assure une cicatrisation rapide de la plaie ombilicale en 4 à 6 jours. En outre, on peut le confier sans crainte aux étudiants inexpérimentés et surtout aux élèves-accoucheuses.

Autre fait à noter : ces ciseaux-cautère sont d'un prix minime (environ 0,30 cent.), ils sont peu encombrants, et peuvent être portés au rouge, au moyen de n'importe quel foyer.

Des indications naturelles de l'opération césarienne.

La coupe césarienne est devenue, avec les progrès de la chirurgie, une des opérations abdominales les plus sûres. On ouvre l'utérus gravide par une incision, variable suivant les cas, on le vide, et on le ferme sans tamponnement spécial, sans constriction élastique, sans préparation spéciale des lèvres de la plaie ; pour cela on se sert de soie ou de catgut, et on écarte ainsi les hémorrhagies par les méthodes mécaniques, mieux que par la constriction.

Quelles sont donc les indications de l'opération césarienne :

Olshausen, au congrès international de Moscou 1897, à discuté la question : il se guide, pour pratiquer cette opération, sur la présence de bassins retrécis ou de phénomènes éclamptiques. Mais on crut, à un moment donné, devoir restreindre ces indications, en particulier pour les bassins retrécis, quand on se mit à employer la symphyséotomie. Cependant, en présence des désillusions que procura cette opération, on revint à la coupe césarienne, pour éviter le sacrifice quelquefois inutile d'enfants, par la basiotripsie. La basiotripsie d'un enfant vivant est en effet, de nos jours, un moyen à condamner, quand une intervention chirurgicale n'est point contre-indiquée par le mauvais état général de la mère ou par d'autres circonstances secondaires. Cette donnée est vraie, surtout dans les maisons d'accouchement, quelles qu'elles soient.

Quels sont donc les dangers de l'opération césarienne ? L'infection ? Mais il est aisé de la combattre, soit par la voie vaginale, soit par la voie abdominale. L'hémorrhagie ? Il suffit d'avoir assisté à quelques opération sur l'abdomen, pour savoir la combattre. Quant aux hémorrhagies par atonie, on les combat plus facilement quand on a l'utérus flasque sous les yeux, que par les voies naturelles. (Dans les cas graves on peut à la rigueur pratiquer l'opération.) Quant à l'anesthésie, on est obligé de l'employer dans l'hystérotomie, comme dans la basiotripsie, et le shock est bien moins intense dans une opération césarienne pratiquée à temps, que dans une craniotomie, faite souvent après plusieurs nuits et jours de souffrance. Tout au plus peut-on craindre la hernie abdominale consécutive. Mais il s'agirait de déterminer si réellement elle se produit quand les sutures sont soignées, et encore ne faut-il pas oublier tous les accidents, ruptures périnéales, flexions, prolapsus, etc., qui peuvent résulter, dans les cas compliqués, de l'accouchement par les voies naturelles. En somme, les dangers de l'opération césarienne ne sont pas plus grands que ceux d'un accouchement compliqué ; ils sont moins à redouter que ceux d'une ovariotomie ou de n'importe quelle opération abdominale se terminant par l'ablation d'un organe. Les résultats sont excellents, et deviendront de jour en jour meilleurs avec les progrès incessants de la chirurgie.

En résumé, le Dr Freund, de Strasbourg (*Berl. klin. Woch.* 1900), considère, à l'exemple de Olshausen, les diverses espèces de bassins rétrécis, quand la viciation pelvienne est suffisante pour empêcher le passage du fœtus, comme une des indications formelles de l'opération césarienne, surtout si la malade vient à présenter des phé-

nomènes éclamptiques, ou si elle a en même temps une tumeur utérine. L'éclampsie seule ne suffit pas à justifier cette manœuvre, car l'auteur a toujours pu, en pareil cas, extraire l'enfant par la méthode de Braxton-Hicks, après dilatation du col utérin. Remarquons, toutefois, que ces données s'appliquent surtout aux malades des maisons d'accouchement, ou aux femmes enceintes, qui sont dans la possibilité d'y être transportées ; dans la clientèle de campagne, en effet, le médecin, ne pouvant appeler un confrère pour l'aider, se trouvera souvent dans la triste nécessité de craniotomiser un enfant encore vivant.

Recherches bactériologiques sur la richesse en germes et la stérilisation des brosses.

On sait que les brosses jouent un grand rôle en chirurgie, non seulement pour le nettoyage de la peau du champ opératoire, mais encore pour aseptiser les mains du chirurgien. On a souvent cherché à les remplacer par de la gaze aseptique, des éponges etc., mais elles sont les seules à permettre une appropriation complète des mains, et tout particulièrement des ongles en pénétrant bien dans la rainure périonguéale. C'est pourquoi on s'est appliqué à rechercher les moyens les meilleurs pour obtenir leur stérilisation. On y parvient en les faisant bouillir dans une solution de soude à 1 p. cent.

L'eau bouillante pure est insuffisante pour détruire les germes d'une brosse infectée, et si l'on n'avait que ce moyen il faudrait mettre hors d'usage toute brosse souillée.

Winternitz (*Berl. klin. Woch.*, 1900) a fait des expériences sur la stérilisation des brosses, et sur leur contenance en germes. Les brosses neuves, venant directement de la fabrique, renfermaient toujours des germes quelquefois en très petite quantité. Celles qui avaient servi pendant quelque temps au lavage des mains dans les salles hospitalières, et qui avaient été exposées sans précautions à l'air, étaient naturellement encore plus riches en germes.

L'auteur réussit à désinfecter complètement des brosses neuves en les faisant bouillir, et en les conservant ensuite dans une solution de sublimé à 1/1000. Pour voir ensuite s'il était possible de stériliser de nouveau des brosses, chargées de germes, Winternitz les infecta en y répandant des cultures de staphylocoques, et en les mettant quelques jours à l'étuve ; ou bien encore en les trempant dans du pus d'abcès. Puis, après s'être assuré de leur richesse en germes, il les fit bouillir dans une solution de soude à 1 p. cent. Il choisit cette mixture, car l'expérience semble démontrer qu'elle est un des meilleurs désinfectants. Il faut noter que les brosses à ongles ordinaires ne sont pas endommagées quand on les soumet à des ébullitions répétées.

L'auteur a trouvé qu'une ébullition de 10 minutes dans la solution sodique, suffisait à détruire tous les germes, non seulement sur la brosse elle-même, mais encore sur son manche en bois, et sur les parties qui y sont implantées.

Pour éviter leur souillure, une fois désinfectées, il faut les conserver dans une solution de sublimé à 1/1000.

La persistance des bacilles pesteux dans les crachats, après la guérison de la pneumonie pesteuse.

(Gotschlich. *Zeitsch. f. Hygiène u. Infections Krankheiten*, 1899.)

L'auteur publie dans ce travail 3 cas de pneumonie pesteuse, qui se sont terminés par la guérison.

L'examen bactériologique des crachats, suivi de leur inoculation dans la cavité péritonéale, a permis de constater la persistance des bacilles pesteux pendant quarante-huit jours après la convalescence, chez le premier malade, pendant vingt jours après la convalescence chez le second, et pendant dix-neuf jours chez le troisième.

Il semble donc, et c'est là un point important, qu'après la guérison, et longtemps après la convalescence, les individus atteints de pneumonie pesteuse continuent à expectorer des bacilles virulents et constituent ainsi une source d'infection grave, pour les personnes de leur entourage.

Péricystite puerpérale.

G. Kölischer (*Centralblatt f. Gynaekologie*, 1899) appelle l'attention sur un accident peu connu, et peu décrit, dans les suites de couches. Il s'agit d'une inflammation périvésicale.

Le tableau clinique est en général le suivant : à la suite d'une période plus ou moins longue de mictions difficiles et de sensibilité dans la région hypogastrique, apparaît brusquement de la fièvre. Rarement on observe un frisson au début des accidents. Ces phénomènes apparaissent un temps plus ou moins long après l'accouchement.

Cependant les lochies sont normales. Par la palpation bimanuelle, on trouve dans la région vésicale, c'est-à-dire dans la moitié antérieure du bassin, un gâteau inflammatoire formant une tumeur dure, dans laquelle l'utérus est difficile à délimiter. La masse inflammatoire est accolée, à la paroi abdominale antérieure et est sensible par la pression, à ce niveau. Parfois, grâce au toucher rectal, il est possible d'isoler l'utérus de la tumeur antérieure et de constater qu'il est mobile. Le paramétrium a une consistance normale.

Par le cathétérisme vésical, on constate que la vessie est allongée, et lorsqu'on injecte de l'eau boriquée dans l'organe, on note que celui-ci se laisse difficilement distendre. La miction spontanée reste incomplète.

L'affection présente une évolution longue, mais se termine toujours par résolution. L'auteur n'a jamais observé de suppuration.

Dans deux cas, Kölischer a vu faire la laparotomie par erreur de diagnostic et a pu saisir sur le fait l'anatomie pathologique de l'affection. Il existait une péricystite nette ; la vessie elle-même était transformée en une tumeur dure, faisant une saillie appréciable en dehors du bassin ; l'utérus était accolé à la face postérieure de la vessie, mais était mobile ; le paramétrium était sain.

Comme cause de cette péricystite puerpérale, l'auteur admet un travail long, pendant lequel la tête fœtale reste longtemps appliquée contre la paroi antérieure du bassin, ou bien un retard apporté à la première évacuation de la vessie après l'accouchement, ou une application diffi-

le du forceps. Dans tous les cas, il doit se faire des hémorrhagies traumatiques dans le tissu cellulaire péri-vésical, cause première de l'inflammation de ce tissu.

Cette péricystite puerpérale peut coïncider avec de la paramétrite. Comme traitement, l'auteur conseille les suppositoires à l ichthyol, les cataplasmes chauds sur le ventre, les lavages chauds de la vessie.

Un cas de péritonite aiguë à gonocoques.

Dans certaines conditions, le gonocoque peut envahir les organes autres que l'urèthre, et y amener des processus morbides d'une gravité particulière (salpingites, arthrites, endocardites...).

Pour ce qui est du rôle du gonocoque dans la péritonite aiguë diffuse, les opinions des auteurs sont encore divisées, bien que les gynécologistes se soient prononcés en faveur de cette hypothèse. Parmi les observations publiées sur cette question, on peut citer celle de Döderlein, qui, dans un cas, a trouvé entre les anses de l'intestin grêle un exsudat trouble qui renfermait des gonocoques ; de même un médecin américain a rapporté deux cas de péritonite diffuse, où l'exsudat ne renfermait que des gonocoques. Mais ce qui manque à ces observations, c'est la certitude, que ne peut fournir que la culture de l'exsudat. Cette preuve indiscutable de l'origine gonococcique de la péritonite vient d'être fournie par M. Von Leyden (Soc. de médecine de Berlin, 1899), dans un cas qu'il a récemment observé.

C'est une femme de 29 ans, entrée à l'hôpital avec une fièvre élevée, de l'ascite, et un état général mauvais. Cette malade a eu une grossesse il y a deux ans ; au cours de cette grossesse elle présenta de l'ictère, qui obligea son médecin à pratiquer l'accouchement prématuré artificiel. Dans la suite le ventre augmenta de volume, et la malade eut des troubles de la miction sans caractère déterminé. L'examen des urines, qui étaient troubles, ne révéla pas d'albumine.

La ponction de l'abdomen fut pratiquée deux fois ; après l'écoulement du liquide ascitique, on put constater que le foie était induré sans être augmenté de volume. Il n'y avait pas de tumeur dans la cavité abdominale, et l'examen du liquide de l'ascite ne révéla rien de particulier.

Cependant, la température restait toujours élevée, elle atteignait parfois 39°6 ; dans les urines, on trouva à un moment donné la diazo-réaction d'Erlich ; l'examen des poumons restait toujours douteux, si bien que tout diagnostic précis devenait impossible. Les jours suivants la fièvre ne diminua pas, des vomissements apparurent, et la malade succomba.

A l'autopsie, on trouva le foie diminué de volume, granuleux, avec lésions d'hépatite interstitielles ; la rate était tuméfiée. Dans la cavité abdominale se trouvait une quantité notable de liquide purulent, une masse fibrineuse recouvrait le foie et les intestins. L'examen bactériologique et l'ensemencement du liquide, montrèrent la présence exclusive des gonocoques.

Il s'agissait donc, dans ce cas, d'une péritonite aiguë d'origine gonococcique.

La constipation des nourrissons, traitée par l'absorption de beurre frais.

Doerfler (*Münch. med. W.*, 1900) donne, à l'âge de 2 ou 3 mois, matin et soir, 1/2 ou une cuiller à café de beurre frais aux nourrissons, qui souffrent de constipation. Ce traitement doit être quotidien, jusqu'à ce qu'on obtienne des selles normales et régulières. Après, on ne l'emploie que tous les deux jours. A 3 ou 4 mois on en donne 2 ou 3 cuillers à café par jour au début. A partir de 5 mois on peut en administrer 1-3 cuillers à potage tous les 2 ou 3 jours. Généralement il se produit, 4 ou 5 heures après cette médication, une selle facile et pâteuse. Dans les cas de catarrhe stomacal ou intestinal, il ne faut pas employer ce traitement.

Parotidite consécutive à l'iodure de potassium.

Le fait est rapporté par Trautmann (*Münch. med. W.* 1900). Il s'agit d'un malade, qui, après avoir absorbé environ 12 gr. d'iodure de potassium en 15 jours, présente les symptômes suivants : douleurs intenses dans le front, et la moitié droite de la figure, sensation générale de chaleur, et tuméfaction, grosse comme le poing, dans la région parotidienne. La peau sus-jacente était rouge, et la tumeur douloureuse à la palpation. Après la suppression de la médication iodurée, l'auteur vit disparaître rapidement les phénomènes morbides.

Remarques sur l'anesthésie chloroformique.

Pour éviter le syncope cardiaque, qui se produit facilement chez un malade chloroformé, Feilchenfeld (*Centralblatt f. Chirurgie.* 1900) conseille la pratique suivante : Il administre V à VI gouttes de teinture de strophantus le matin même de l'opération, ainsi que les deux jours précédents. L'auteur aurait obtenu d'excellents résultats par ce procédé.

CORRESPONDANCE

Médecins et Compagnies d'Assurances Accidents,

Dôle (Jura), 19 mars 1900.

Monsieur et très honoré Confrère,

Dans le Jura, c'est aux médecins de Dôle qu'est échu l'honneur, peu envié, d'ouvrir le feu contre les Compagnies d'Assurances à propos de la nouvelle loi.

Dès le mois d'octobre, nous avons adopté notre tarif. Le tout a été publié par le Bulletin de l'Union des Syndicats du 5 mars.

Au commencement de ce mois, à la suite de l'envoi de mon mémoire d'honoraires conforme au Tarif, le conflit a éclaté entre la Zurich et moi : la Compagnie refusait carrément de régler ma note, sauf avec un rabais conforme à son Tarif à elle, sinon, elle ne la paierait que taxée par le Juge de Paix, d'après l'article 4 de la loi.

Voici la lettre que nous avons répondu :

Dôle, 14 mars 1900.

M. le Directeur de la Compagnie la Zurich, à Paris.

En réponse à votre lettre du 3 mai par laquelle « *vous refusez absolument d'accepter le Tarif du Syndicat des médecins de Dôle* », nous vous informons qu'à partir de ce jour, nous cessons toutes relations avec votre Compagnie et que nous refuserons dé-

sormais de délivrer les certificats d'accidents pour la Zurich.

Nous allons aviser les patrons assurés à votre Compagnie que nous n'aurons plus affaire qu'à eux seuls pour le recouvrement de nos honoraires.

Notification sera faite de notre décision au Syndicat des médecins du Jura, et à l'Union des Syndicats médicaux de France.

Veuillez agréer l'assurance de notre considération

Signé : Drs BÉCOULET, BILLON, BRIAND, CHAINTRE, FRILLEY, GAGEY, LARGER, ROUBY père, ROUBY fils.

C'est-à-dire tous les médecins de Dole, sans exception.

Bien entendu, cela ne m'empêchera pas de faire taxer mon mémoire d'honoraires par le Juge de Paix conformément à la loi : ma note ainsi taxée se trouve être d'un tiers plus élevée que ma note précédente.

Et nunc erudimini.........

Veuillez agréer, etc

Dr BILLON.

BULLETIN DES SYNDICATS

et Sociétés locales.

Société locale de la Haute-Garonne

SÉANCE DU 4 MARS.

Sur la demande de confrères de ce département, et en faisant nos réserves au sujet de certaines opinions émises, notamment en ce qui concerne les honoraires du médecin pour soins donnés aux malades payants, nous reproduisons, d'après la *Fédération médicale du Sud-Ouest*, la discussion desvœux relatifs à la non admission dans les hôpitaux, de ceux qui sont de faux pauvres.

M. Labéda, président, explique l'idée générale des vœux qui ont été soumis à l'Assemblée.

Déjà, dans un discours d'ouverture, il avait montré avec beaucoup d'autorité le rôle du médecin d'hôpital en présence de la situation actuelle.

Il peut se résumer en ces termes : « Mes maîtres m'ont appris que l'hôpital n'appartenait qu'aux indigents, et que soigner les humbles et les déshérités était un honneur.

Ceux auxquels cette haute récompense morale ne suffit pas trouvent dans la notoriété que les fonctions de médecin ou de chirurgien d'hôpital leur procuraient une rémunération matérielle. Mais cette rémunération matérielle doit être demandée aux malades soignés en ville, et non pas aux malades soignés dans les hôpitaux.

Ainsi le veut la tradition médicale, ainsi l'a toujours exigé la Commission administrative des hôpitaux de Toulouse qui. comme le savent les médecins qui ont un long passé hospitalier, a toujours chassé les marchands du temple. »

M. Caubet demande à l'Assemblée de voter la question préalable de non-prise en considération, car, croit-il, les vœux émanents d'une personnalité : un Syndicat médical, que l'Assemblée ne doit pas connaître.

M. Labéda lit une lettre de M. Secheyron, où il est indiqué que les vœux sont soumis à l'Assemblée par des membres du Syndicat. mais en vertu de leur qualités de sociétaires de l'Assemblée générale des médecins.

L'Assemblée passe à la discussion.

M. Secheyron explique qu'avant de lire l'exposé des motifs des vœux, il désire faire la déclaration suivante : Il ne peut être dans l'intention de personne, surtout dans la sienne — il le déclare formellement — de vouloir attaquer la commission des hôpitaux de Toulouse.

« Nous savons tous avec quelles difficultés budgétaires elle se trouve aux prises. Nous apprécions et louons le zèle, la sagesse, le dévouement des administrateurs. Le débat doit s'élever plus haut, passer au-dessus de toutes les personnalités. Il s'élève jusqu'au Bureau de l'Assemblée générale des médecins de France et porte sur des questions de principe. Les vœux qui sont émis, ne sont, du reste, que la reproduction de ceux du Comité supérieur de l'Assistance publique.

Au nom des médecins faisant partie de l'Association générale et réunis à l'assemblée du Syndicat, le 10 février dernier, nous déposons les vœux suivants au sujet de l'entrée des malades aisés dans les hôpitaux en particulier et dans les institutions charitables en général :

1° L'entrée des payants dans les chambres et dans les salles communes des hôpitaux sera limitée à des cas très restreints et spécifiés de maladie urgente grave ou contagieuse.

Les étrangers ne seront admis que dans le cas où il sera reconnu que la maladie aiguë ne pourra être traitée dans un hôtel ou dans une maison de santé ;

2° Le prix d'entrée dans la salle commune sera toujours *très supérieur* au prix de revient : 5 francs au moins pour la salle commune, et 15 à 20 francs pour les chambres payantes à un ou deux lits ;

3° Les honoraires médicaux sont supprimés dans les hôpitaux *dans tous les cas* ;

4° Les vaccinations payantes sont supprimées dans les maisons de bienfaisance ;

5° L'Association désire que le bureau central de l'Association étudie les meilleurs moyens pour fermer aux faux pauvres l'entrée des hôpitaux et veiller à l'exécution des résolutions votées le 16 mai 1899, dans ce but, par le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Ces vœux ne sont que l'écho de ceux du Comité supérieur de l'Assistance publique. Ce Comité, vous le savez, est composé des personnalités les plus autorisées en matière de bienfaisance sociale. Un des membres les plus influents de la commission des hôpitaux de Toulouse a pris au débat une part précieuse.

Ces vœux ont été acceptés avec reconnaissance par les médecins désireux de voir le relèvement de leurs honoraires et de la dignité professionnelle. Mais ces désirs doivent passer de la théorie dans le domaine de la pratique, et il convient d'aider les commissions chargées du bien des pauvres dans la défense de leur patrimoine.

L'Association générale a inscrit en tête de ses statuts (art. 2) que l'un de ses buts les plus généreux était de soutenir, de relever les confrères malheureux, de protéger la dignité professionnelle. Une partie de nos misères provient d'un abus que ces vœux signalent et qui a été reconnu par tous les esprits sincères, soucieux de la situation. Le moment est donc opportun pour que l'Association générale fasse entendre sa voix autorisée auprès des pouvoirs publics, des commissions administratives, auprès des confrères dont la bonté et la modestie sont sou-

vent cause inconsciente de l'entrée des faux pauvres à l'hôpital.

L'Association générale doit prêter l'appui de son autorité, de ses efforts, afin que chacun connaisse les mesures suscitées par sa sagesse et propres à empêcher des abus criants dont nous souffrons et dont nous souffrirons encore davantage à l'avenir, dans nos fils.

Il faut, par des mesures sévères, empêcher les faux pauvres de tromper les institutions charitables : hôpitaux, bureaux de bienfaisance, de vaccination (vaccination effectuée à tout payant). Aussi, sommes-nous ici tous réunis pour porter nos vœux et doléances à la commission des hospices de Toulouse et au Bureau central de l'Association. Nous devons leur demander de s'occuper d'une question qui intéresse au plus haut degré non seulement notre honneur professionnel, nos intérêts, mais encore ceux des contribuables et des pauvres.

L'Association voudra bien montrer encore une fois que le présent et l'avenir sont l'objet de ses constantes et graves préoccupations. »

M. Caubet reconnaît l'esprit général, les bonnes intentions de ces vœux et, d'une manière spéciale, la mise hors de cause de la commission hospitalière par les éloges qui ont été énoncés par M. le Dr Secheyron, mais il demande les voies et moyens pour arrriver à la réalisation de ces vœux, pour les faire passer du domaine de la théorie dans celui de la pratique. Il s'attendait à des indications dans ce sens, et il ne les trouve pas ; il craint bien que la réalisation de ces vœux ne soit fort laborieuse, car il suffit d'avoir été administrateur des hospices pour voir combien la besogne est pénible, combien il est justement difficile de passer du domaine de la théorie dans celui de la pratique.

La Commission hospitalière s'est toujours efforcée de faire son devoir, de limiter les entrées payantes. Elle ne fait entrer les payants que sur le vu de la signature du médecin traitant, seul juge de l'opportunité de la mesure.

Il est du reste partisan du principe : l'hôpital à l'indigent. Il est heureux de voir rappeler dans l'exposé des motifs la part qu'il a prise dans la discussion, au Comité supérieur. Il rappelle que le Comité a adopté le principe de la non création de nouvelles chambres payantes, sans un arrêté du préfet ou même du ministre de l'intérieur. Comme l'un des membres du Comité avait, dans une boutade, mis en avant la nécessité de la signature du Président de la République. « Bien certainement, avait répondu M. Monod, le Président du Comité, car lorsqu'il s'agit d'un bien, d'un droit aussi indestructible que celui des pauvres, il n'est pas trop d'avoir la permission du Président de la République, leur premier et naturel protecteur. » Des applaudissements soulignent ces paroles qui ont d'autant plus du poids qu'elles émanent d'une autorité aussi élevée à tous égards.

M. Rolland. — M. Caubet, administrateur des hospices, nous demande de lui indiquer les moyens pratiques de maintenir à la porte des hôpitaux les faux pauvres.

A vrai dire, ce n'est pas à nous, porte-paroles des pauvres, des contribuables et des médecins dont les intérêts sont solidaires, d'indiquer le moyen de mettre un terme aux abus des hôpitaux que nous dénonçons. Habituellement ceux qui se croient lésés se contentent de déposer une plainte et la justice informe.

Mais pour prouver au moins notre bonne volonté, nous dirons que pour mettre fin à ces abus il suffit de n'admettre dans les hôpitaux communaux que ceux qui ont droit d'y entrer : les pauvres de la commune sur le territoire de laquelle l'hôpital est bâti, les assistés et les cas exceptionnels prévus par le *Conseil supérieur* de l'Assistance publique.

En un mot, pour mettre un terme à une illégalité, il faut, à ce qu'il nous semble, obtenir le respect de la loi.

Or, l'étude de cette question profondément sociale, dite des hôpitaux, les recherches qu'il nous a été possible de faire démontrent qu'aucune circulaire, qu'aucun arrêté, à plus forte raison aucune loi, n'autorisent, hors les cas d'urgence, les malades aisés et riches à entrer dans les hôpitaux, à y prendre une part du bien des pauvres, une part de nos impôts pour économiser leur propre bien.

« Le mot hôpital, dit la circulaire du ministre de l'intérieur, en date du 31 j. 1840, a, dans la terminologie administrative, un sens restreint et défini, l'*hôpital* est l'établissement public dans lequel *sont reçus et traités les indigents malades*.

L'admission ne peut être accordée, hors les cas d'urgence, que sur la présentation :

1° D'un certificat de l'autorité compétente (du maire, etc.) *attestant l'indigence* du malade ;

2° D'un certificat d'un médecin, non pas professeur de clinique, comme le dit M. Caubet, mais d'un *médecin connu dans la localité* indiquant la nature de la maladie. »

Quelques années plus tard, en 1848, l'Assemblée constituante fit entrer un mot nouveau dans la langue des lois, le mot *assistance*. Ce devoir de fraternité, que la République avait mission d'accomplir, se préoccupait-il du malade aisé et riche ? De même qu'a l'aurore de l'assistance chrétienne, les *diaconies* avaient mission de chasser les mauvais riches des hôpitaux, de même, à l'aurore de l'assistance républicaine, le législateur fermait les hôpitaux aux faux pauvres.

Que dit, en effet, le préambule de la Constitution : « La République ne doit *assistance* fraternelle qu'aux citoyens *nécessiteux*, soit en leur procurant du travail, dans les limites de ses ressources, soit par le traitement gratuit des malades *indigents*, à domicile et dans les hôpitaux. »

L'arrêté du 29 avril 1854, qui permet aux malades étrangers à la commune de Paris d'entrer dans ses hôpitaux quand ils ne peuvent pas être soignés utilement à leur domicile, autorise-t il les malades aisés et riches de tous les départements à entrer dans les hôpitaux de Paris ? Pas davantage. Cet arrêté vise les pauvres, ceux que les communes, les départements ont à leur charge, ceux que nous appelons actuellement des assistés. Aussi, un an après, dès que la porte ouverte aux vrais pauvres est envahie par de faux pauvres, le ministre de l'intérieur fait une deuxième circulaire invitant les préfets à rappeler aux maires que même les vrais pauvres de leur commune n'ont pas le droit de prendre une part du bien des pauvres de Paris.

La circulaire récente de M. le Directeur de l'Assistance publique de Paris exige le même respect.

La loi du 7 août 1851, et la loi du 15 juillet 1893,

en prenant tant de minutieuses précautions pour que les nécessiteux d'une commune dénuée d'hôpital ne dévorent pas une part du patrimoine des pauvres de la commune qui en possède un, interdisent à plus forte raison, aux malades aisés et riches de détourner, à leur profit, une part des revenus, une part des subventions des pauvres des communes-hôpital.

La même interdiction se retrouve dans les *résolutions* votées le 16 mai 1899, par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, puisque la résolution II déclare que le *malade aisé ne peut être admis dans les chambres payantes que dans trois cas exceptionnels* et en payant un prix **toujours élevé et très supérieur au prix de revient.**

En résumé, Messieurs, pour interdire aux 470 malades aisés et riches qui, venus de tous les départements de la région, prennent chaque année une part du bien des pauvres de la commune de Toulouse, une part des impôts de ses contribuables, il n'y a qu'un moyen : le respect de la loi.

Et les vœux que nous demandons d'adopter, les efforts que nous ferons près de nos conseils municipaux n'ont qu'un but : l'obtenir.

M. Bézy fait ressortir combien est injuste, impossible la division entre les deux catégories d'indigents et de non indigents, d'assistés et de non assistés. Il suffit de se rapporter aux difficultés éprouvées de ce fait dans la mise en vigueur de la loi de l'Assistance gratuite.

M. Jeannel insiste sur cette difficulté, car il y a toute une catégorie de gens qui d'aisés — grâce à leur travail journalier, à leurs ressources — deviennent pauvres par le fait d'une maladie, de la nécessité d'un traitement chirurgical.

M. Bonneau demande s'il est bien exact que des médecins se soient fait payer de leurs honoraires pour des services rendus dans les hôpitaux.

M. Secheyron, considérant que tous ne sont et ne peuvent être que d'accord sur les questions de principe, demande qu'il soit passé à la discussion des articles et répond à M. Bonneau qu'il ne peut s'agir, dans l'article 3, que d'un principe, et qu'il est impossible de citer des faits s'ils existent, car derrière tout fait il y a des individualités, de fort bonne foi sans doute ; il ne convient de discuter ce vœu qu'au point de vue du principe.

L'Assemblée décide que la discussion générale de la question sera reprise dans la prochaine séance, qui doit avoir lieu le **dimanche 25 mars**, à 10 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Cette discussion intéresse non seulement les membres du Syndicat, mais tous les médecins de la Haute-Garonne, car, il s'agit de défense professionnelle, non contre les hôpitaux, les vrais pauvres qui sont les dupés, mais contre ceux qui abusent des libéralités, de la générosité des hôpitaux.

M. Caubet demande les moyens de réalisation de nos vœux, du passage de la théorie à la pratique. Mais les voies et moyens se trouvent en essence dans ces vœux. C'est à la Commission hospitalière à les entendre, c'est au bureau central de l'Association générale à les extraire et à les faire connaître à tous les confrères, grâce à l'appui puissant d'une des discussions de l'Assemblée générale. Le sujet n'est point sans grandeur ni considération pratiqu e.

Lisez ces vœux, et, aussitôt, vous verrez se dégager les questions suivantes :

1° Reconnaissance du principe indéniable de l'hôpital au seul *indigent* inscrit dans les listes d'assistance ou envoyé par voie administrative ;

2° Reconnaissance de la nécessité, sous peine d'inhumanité, de l'admission restreinte des malades aisés ;

3° Etude des conditions dans lesquelles doit s'exercer cette restriction : maladies contagieuses, maladies à caractère urgent — malades tombés sur la voie publique, étranglement interne, hernie étranglée — par exemple ;

4° Nécessité de n'admettre les malades des départements voisins que par voie de l'Assistance gratuite et seulement dans la salle commune Restriction pour le cas où le malade apporterait à la Commission une demande écrite par son médecin ordinaire ;

5° Défense, au médecin traitant, de recevoir un paiement d'honoraires des malades des chambres payantes ;

6° Circulaire des Commissions hospitalières sur ces points aux médecins et chirurgiens des hôpitaux en particulier et en général à tous les médecins du département ;

7° Elévation du prix des chambres — 5 francs, le double, au moins, du prix de revient — pour les payants des salles communes et 15 fr. 20 pour les chambres à un ou deux lits ;

8° Admission d'abaissement de prix pour les cas particuliers d'indigence relative par la considération de la côte personnelle, de la profession et par tous les moyens d'enquête administrative.

Tout cet ensemble de moyens est à la portée des Commissions hospitalières. Elles les emploient même en thèse générale tant ils s'imposent ; elles ont surtout à juste raison, comme le faisait remarquer M. Caubet, le respect du diagnostic fait par le médecin ou chirurgien ; mais, les Commissions pourraient bien faire connaître aux médecins ou chirurgiens que l'admission dans les chambres payantes doit être restreinte à des cas déterminés, dont l'urgence des soins est le caractère principal. Le médecin doit faire une distinction entre une variole, une diphtérie et une gastrite, un rhumatisme chronique. Le chirurgien doit distinguer entre une hernie étranglée et une cure radicale, entre un varicocèle et un phlegmon gangréneux du bras. L'un et l'autre doivent avoir toujours dans l'esprit le principe de la fondation des hôpitaux pour les pauvres, le contrat moral qu'ils ont fait en entrant dans le corps des hôpitaux ou de la Faculté, de donner leurs soins, leur science pour le bien des pauvres, l'éducation médicale des futurs confrères. Ils devraient se souvenir qu'à côté du malade influent par lui-même, par son entourage, il y a un confrère voisin délicat qui pourrait peut-être soigner le malade en ville, dans son appartement ou dans les maisons de santé où un confrère a mis une partie de lui-même pour l'éducation des siens, de ses enfants.

Avant de signer ou de faire signer l'admission d'un malade dans une chambre payante, le médecin doit songer aux principes d'humanité qui peuvent être lésés. Il doit, pour un malade capable de recevoir ailleurs les mêmes soins, placer en balance devant sa conscience, à côté du désir naturel de bien traiter, l'intérêt plus général du bien des commissions hospitalières des pauvres.

En agissant ainsi, il ne fera qu'obéir aux principes de la charité chrétienne s'il professe la foi en Dieu, frère des hommes, et, s'il est libre-penseur, il sera d'accord avec les principes d'humanité et de fraternité qui, d'après sa raison, doivent lier les sociétés dans un but commun de progrès et de Mieux-être.

Syndicat du Rhône

Cher Confrère,

L'assemblée générale extraordinaire du Syndicat du Rhône a voté hier le tarif du Concours médical, pour les accidents du travail. J'ai le vif et bien légitime plaisir de vous l'annoncer, à vous qui travaillez au relèvement matériel et moral de notre profession.

Nous avons été secondés dans la tâche, que nous nous étions imposée, par la fermeté de nos confrères de l'arrondissement de Villefranche. Les documents, que vous avez mis à notre disposition, touchant plus de 30 syndicats faisant cause commune avec le Concours médical ; l'énumération, on ne peut plus suggestive, des 15 Compagnies ayant adopté le tarif, dans plusieurs régions, alors qu'elles marchandent encore dans des départements où on ne se défend pas, tout cela a puissamment contribué à nous donner gain de cause. Cet heureux résultat aura pour effet, je n'en doute pas, de rallier d'autres syndicats encore hésitants.

Confraternellement et cordialement à vous.

Dr Grabinski,
de Neuville-sur-Saône.

10 février 1900.

REPORTAGE MEDICAL

Election au Conseil départemental d'assistance médicale en Algérie. — M. le Dr Millot, membre du Concours, médecin de colonisation de 1re classe à Herbillon (près Bône), a été élu le 24 février membre du Comité pour le département de Constantine.

La Médicale belge. — C'est sous ce titre que s'est constituée le 12 mars, à Liége, la compagnie d'assurances-accidents organisée par nos confrères voisins, au capital souscrit de 1.200 000 fr. Nous nous associons de tout cœur à la satisfaction qu'ont éprouvée les fondateurs, et nous suivrons, avec le plus sympathique intérêt, le développement de leur belle entreprise.

Hommage à deux collaborateurs du Concours médical. — Le *Progrès médical* annonce dans les termes suivants, que nous sommes heureux de lui emprunter, l'ouverture du cours d'accouchement de M. le Dr Lepage, et du cours de pathologie interne de M. le Dr Thiroloix.

La tradition d'humour de bon aloi dont s'anime l'École française d'Obstétrique n'est pas morte. Il suffit, pour s'en convaincre, d'assister aux leçons de M. Lepage, qui a ouvert, le lundi 6 mars, le cours complémentaire du semestre d'été. Avec lui on pense à la bonhomie simple de Tarnier et aux images plaisantes de Pajot. Il exposera les dystocies et les opérations obstétricales, et en classant les dystocies, il montre combien les divisions modernes ont eu peu de chose à ajouter à la classification si complète et si ingénieuse de Soranus d'Ephèse. On trouve pourtant du nouveau et beaucoup d'original dans ce cours, et les dystocies artificielles (du fait du médecin) donnent lieu à des traits que Soranus lui-même n'aurait pas prévus. Dystocies par incurie, médicamenteuses, opératoires et cérébrales, elles sont une source abondante d'anecdotes piquantes. Les cérébrales n'existent que dans l'imagination de l'accoucheur et peuvent naître pendant la grossesse, pendant le travail et même après la délivrance. Elles permettent de tracer quelques caractères, dont le « chercheur de la petite bête » est un des plus piquants. Ne faut-il pas que les erreurs de quelques-uns profitent à la collectivité ? D'ailleurs, M. Lepage, qui n'est point médisant, ne manque jamais de citer à l'occasion et très courageusement ses propres erreurs. L'écueil est souvent dû à l'affection du praticien pour la parturiente, ou au surmenage imposé par une ou plusieurs nuits passées au chevet de celle-ci ; surmenage qui est le plus grand ennemi du sang-froid nécessaire. C'est ainsi qu'un père peut prendre un fibrome pour la tête obstinément mal placée de son fils, ou qu'un vieil obstétricien peut en venir à prendre pour une hydrocéphalie la présention des fesses d'un bel enfant. Mais il faut entendre comme tout cela est raconté. En cette heure, vite envolée, les faits s'accumulent et s'enchaînent dans un ordre limpide et facile qui rend ces leçons éminemment pratiques et démonstratives.

Mercredi 7 mars, à 5 heures, M. Thiroloix a commencé son cours sur les affections de l'appareil digestif. Ceux qui ont eu, il y a 12 ans, la chance d'appartenir à la grande conférence d'internat Thiroloix et Laffitte, peuvent préjuger la valeur d'une leçon comme celle du 7 mars, touffue de documents et poussée au dernier terme de l'actualité et de la précision scientifiques. Tout ce que les nouveaux moyens d'exploration, tels que tubage, radiographie, bactériologie, chimisme, etc., ont fait gagner à la pathologie des voies digestives est indiqué avec des exemples typiques, la théorie d'hier étant mise en parallèle avec celle du jour. Angines blanches, dyspepsies, fièvre typhoïde, choléra, servent à indiquer la marche nouvelle imprimée à la science devenue du coup plus exacte et aussi plus efficace. Sans effort, on voit s'expliquer les mystères de la prédominance du coli-bacille dans l'intestin typhique, le bacille d'Eberth habitant le système lymphatique, et celui du choléra épargnant des villes telles que Lyon ou Versailles, son vibrion s'y trouvant gêné par la coexistence d'organismes empêchants. La revue rapide des divers ordres de causes des maladies du tube digestif et celle des moyens de défense de cet appareil complètent cette leçon générale, dont la portée fait regretter de n'être plus étudiant pour pouvoir assister assidûment à celles qui la suivront.

Assemblée générale de la Société Lagoguey. — L'assemblée générale annuelle de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine a eu lieu dimanche dernier à 2 heures dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine. La situation de l'association Lagoguey est de plus en plus prospère et ses membres ont décidé de fêter dans un banquet leurs trois cent vingt mille francs de réserve.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MEDICAL »

N° 4475. — M. le docteur Girard, d'Oued Zénati (Constantine), présenté par M. le docteur Sanrey, de Batna (Constantine).

N° 4476. — M. le docteur Pellerin, de Neuilly-le-Réal (Allier), membre de l'Association des médecins de l'Allier.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer le décès de M. le docteur Lavigne, d'Aulnay-les-Bondy, membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 14 7 AVRIL 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Société civile du « Concours Médical ».

Séance du 29 *mars* 1900.

Présents : MM. Cézilly, Gassot, Jeanne, Maurat.

Le Conseil examine une question professionnelle qu'il résout par la négative.

Au sujet de la loi sur l'exercice de la pharmacie, les membres du Conseil ont eu une entrevue avec la Commission du Commerce et de l'Industrie de la Chambre des Députés, chargée de l'étude de cette loi. Ils ont donné des explications et ont laissé une note qui s'inspire des délibérations de l'Assemblée générale de 1895.

Le Conseil étudie la question des tarifs à appliquer aux certificats réclamés par les Compagnies d'assurances-vie. Il examine un projet de barême et décide, avant de pousser plus loin, de tâcher de savoir l'accueil qui serait fait par le Syndicat des Compagnies-Vie.

Sur une demande adressée par M. le Dr Pecker, au sujet de l'organisation du service de la Puériculture, le Conseil émet un avis favorable.

Le nombre des réunions a nécessité le renvoi à la séance d'avril, de diverses questions ; le Conseil a donné des solutions aux affaires courantes.

Association amicale.

Séance du 29 *mars* 1900.

La séance est ouverte à 3 heures sous la présidence de M. le Dr Cézilly, président.

Etaient présents : MM. Gassot, Jeanne, Maurat, Mignon, Archambaud.

M. Gassot, trésorier, donne lecture de l'état de la caisse à la fin du premier trimestre 1900.

Au 31 *décembre* 1899.

Portefeuille (prix d'achat)		106.701 90
Espèces à la Société générale	2.580 20	2.758 44
Espèces en caisse	178 24	
Total.........		109.460 34

1er trimestre

Recettes................	26.570 77	26.254 02
Dépenses..............	316 75	
Total.........		135.714 36

Portefeuille (prix d'achat)..........		106.701 90
Espèces	Société Générale.........	28.327 64
	Caisse..............	684 82
Total.........		135.714 36

Sont suspendus : 1° depuis le premier juillet 1899 les nos 238, 326, 560.

2° Depuis le 1er janvier 1900, les nos 200 jusqu'au 2 mars, 36 jusqu'au 3 mars, 527 jusqu'au 10 mars, 357 jusqu'au 14 mars, 580 jusqu'au 15 mars, 198 jusqu'au 22 mars, 533 jusqu'au 20 avril, 316 jusqu'au 23 avril, 602 jusqu'au

Restent suspendus jusqu'à nouvel ordre les nos 261, 65, 58, 468.

Indemnités à verser. Les nos suivants reçoivent :

N° 10, 250 fr. »» ; N° 11, 613 fr. 50 ; N° 30, 150 fr.
N° 39, 70 » »» ; N° 40, 60 » »» ; N° 47, 90 »
N° 62, 120 » »» ; N° 72, 180 » »» ; N° 75, 60 »
N° 83, 290 » »» ; N° 93, 743 » 20 ; N° 97, 270 »
N° 116, 410 » »» ; N° 141, 470 » »» ; N° 150, 300 »
N° 154, 120 » »» ; N° 166, 140 » »» ; N° 201, 300 »
N° 227, 570 » »» ; N° 228, 300 » »» ; N° 254, 40 »
N° 255, 80 » »» ; N° 256, 210 » »» ; N° 268, 330 »
N° 274, 190 » »» ; N° 284, 70 » »» ; N° 287, 600 »
N° 297, 100 » »» ; N° 348, 80 » »» ; N° 362, 300 »
N° 372, 50 » »» ; N° 378, 100 » »» ; N° 383, 100 »
N° 386, 200 » »» ; N° 401, 300 » »» ; N° 420, 160 »
N° 422, 80 » »» ; N° 436, 560 » »» ; N° 459, 180 »
N° 501, 816 » 45 ; N° 509, 80 » »» ; N° 511, 470 »
N° 521, 150 » »» ; N° 532, 20 » »» ; N° 537, 60 »
N° 540, 30 » »» ; N° 551, 540 » »» ; N° 574, 330 »
N° 601, 170 » »» ; N° 171, 110 » »».

Total : 12.012 fr. 95.

ADMISSIONS NOUVELLES.

Combinaison A.

MM. les docteurs :
Gasnier (Fernand), à Montsurvent (Manche).
Lehmann (Lucien), à Troyes (Aube).
Bellin (Gabriel), à Tencin (Isère).
Clément (Marcel), à Brienne (Aube).
Bourguet (Edmond), à Sommières (Gard).
Lelionnais (Jean), à Saint-Quay-Portrieux (Côtes-du-Nord).
Tabar (Félix), à Clelles (Isère).
Dunan (Gabriel), à Etauliers (Gironde).

Combinaison B.

MM. les docteurs :
Lochon (Georges), à Chouan (Haute-Savoie).
Deronde (Eugène), Au Hâvre (Seine-Infér.).
Duhamel (Victor), à Plancy (Aube).
Perraux (Maurice), à Saumur (Maine-et-Loire).
Peton (Joseph), à Saumur (Maine-et-Loire).
Astié (André), à Saumur (Maine-et-Loire).
Calbet (Jean), à Chatou (Seine-et-Oise).

Le Conseil prononce deux ajournements.

Le Conseil adresse des remerciements aux numéros 254 et 265 qui ont abandonné tout ou partie de leur indemnité, et à M le Dr Levraud, de Saumur, pour sa belle propagande dans la région qu'il habite.

La séance est ensuite levée à 4 heures.

Le Secrétaire des séances,
Dr Paul ARCHAMBAUD.

Sou Médical.

Réunion du 29 mars 1900.

La séance est ouverte à 5 heures sous la présidence de M. le Dr Cézilly.

Présents : MM. Maurat, Gassot, Jeanne, Mignon, de Grissac, Rousseau, et M. Gatineau, conseil de l'œuvre.

Excusés : MM. les Drs Le Gendre, Lepage et Bazot.

La parole est donnée à M. le Dr Gassot, trésorier, qui fait part de la situation financière, se résumant ainsi :

Situation financière.

Avoir au 31 décembre 1899....... 6.480 fr. 35
1er Trimestre 1900.
Recettes........ 2.387 fr. 65 }
Dépenses....... 1 fr. 30 } 2.386 fr. 35
Total........... 8.866 fr. 70
Savoir :
Espèces à la Société générale 8.004 fr. 15
En Caisse au 25 mars......... 862 fr. 55
Total égal........ 8.866 fr. 70

Au passif, versement à faire à l'avoué d'un de nos sociétaires, d'une somme de..... 132 fr. 75
Versement à un sociétaire......... 13 fr. »»
Autre versement................. 50 fr. »»

J'ai à vous faire part, ajoute le trésorier, du décès des sociétaires nos 252 et 366, et de sept démissions, dont quatre sont motivées par des raisons de force majeure.

La liste suivante d'adhésions nouvelles compensera largement nos pertes :

Adhésions au Sou médical.

477. Mezaugeau, Paris, 86, rue Quincampoix.
478. Leblanc, Brest.
479. Tabar, Clelles (Isère).
480. Deriaud, Paris, 13, boulevard Saint-Denis.
481. Bellencontre, Paris, 3, rue Scribe.
482. Viard, Paris, 16, rue Saint-Quentin.
482. Magnier, Saint-Simon (Aisne).
483. Duhamel, Plancy (Aube).
484. P. Marais, Honfleur (Calvados).
486. D'Hotel, Poix (Ardennes).
487. Coorevits, Lille, 38, rue d'Arcole.
488. Pintaud-Desallées, La Rochefoucauld (Charente).
489. Cochery, Romilly (Aube).
490. Thouvenin, Pierre (Saône-et Loire).
491. de Gigounou du Verdier, Brouillet (Charente-Inférieure).
492. Sibilot, Romans (Drôme).
493. Haste, Romans (Drôme).
494. Jassoud, Bourg-de-Péage (Drôme).
495. Finet, Paris, 60, rue de Rome.
496. Pallardy, Marennes (Charente-Inférieure).
497. L. Archambault, Paris, 76, faub. Saint-Denis.
498. Canu, Crécy-sur-Serre (Aisne).
499. Théry, de Compiègne.
500. H. Cézilly, Paris.
501.Verniolle, Pamiers (Ariège).

Après cette lecture, le Conseil décide la nomination comme dizainier de M. le Dr Tabar, à Clelles (Isère).

Rapport du Secrétaire Général.

Messieurs, dit-il, notre tâche va toujours grandissant, et, malgré d'inévitables échecs (au devant desquels, d'ailleurs, nous allons parfois en pleine connaissance de cause, par pur souci de tenir nos promesses, dans toute la mesure équitable et possible), la liste des services rendus s'allonge, à chaque trimestre, dans des proportions, dont nous avons le droit d'être fiers.

AFFAIRES ANCIENNES.

A. — *Payement par une municipalité des honoraires pour soins à des indigents, réclamés par la municipalité précédente.* — « J'ai enfin réussi à obtenir mon mandat, nous écrit M. le Dr L.., et cela en faisant donner un dernier assaut par un

ami personnel. Je ne vous en remercie pas moins de tous vos efforts, car c'est bien le sentiment d'être effectivement soutenu par vous, depuis deux ans, qui m'a donné l'assurance et la fermeté nécessaires pour aller jusqu'au bout, dans ma légitime revendication. »

B. — *Les deux affaires en responsabilité d'honoraires* dont nous nous sommes entretenus à la précédente réunion,et au sujet desquelles M. Gatineau a fourni des consultations détaillées, sont en suspens à cette heure. Les sociétaires qu'elles intéressent se déclarent satisfaits des renseignements et conseils donnés, et nous remercient, quoi qu'il arrive,d'avoir répondu de suite à leur appel.

C. *Demande d'indemnité à une Compagnie de chemin de fer colonial, pour inobservation d'un contrat.* — M. le Dr R... vient de nous faire savoir qu'il a obtenu gain de cause.

Affaire à rayer en la classant dans la liste des succès.

D. — *La communication des livres du médecin et le secret professionnel.* — M. Gatineau a bien voulu rendre compte lui-même, dans un article publié au n° 6 du journal, du succès qu'il nous a obtenu, en faisant juger (Affaire C., sociétaire n° 330) que la communication des livres du médecin doit être entourée des *précautions nécessaires à la sauvegarde du secret professionnel.*

M. le Dr C., a estimé, comme nous, qu'il recevait, en l'espèce, satisfaction suffisante, et qu'il y aurait danger, pour l'intérêt général, a demander à une autre juridiction d'interdire, de façon absolue, la communication même de nos livres à la justice. L'accord est donc complet sur les avantages de la solution obtenue, et nous ne pouvons que nous en féliciter.

E. — *Contestation d'honoraires basée sur de prétendues irrégularités de tenue des registres de comptabilité et sur invocation plus ou moins fondée de la prescription.* — Nous avions donné notre appui moral à M. le Dr R., et M. Gatineau ne lui a pas marchandé ses avis. Notre confrère attribue à des circonstances locales l'échec qu'il vient d'éprouver en première instance. Il va en appel, nos vœux l'y suivront (Le Conseil décide de rester à sa disposition, dans les mêmes conditions que par le passé.)

G. — *Responsabilité médicale.* — Rien de caractéristique à signaler dans le procès que poursuit M. le Dr L., afin d'établir que la mort de son opérée fut due à une cause criminelle et non à l'intervention chirurgicale.L'instruction suit son cours et attend des rapports d'experts, sur les conclusions desquels, on ne saurait rien préjuger à cette heure.

H. — *Contestation d'honoraires par une Société de Secours mutuels.* — Le Conseil, dans sa réunion de décembre, a résolu d'appuyer la poursuite en recouvrement des honoraires. Mais le confrère lésé se prétend surtout atteint dans sa dignité, parce que le refus de payement a été produit à la suite d'une sorte d'enquête publique, dans laquelle le Président l'accusait d'avoir majoré le nombre de ses visites. C'est en conséquence sur le terrain d'une réparation pour diffamation, qu'il nous fait appel. (Le Conseil maintient sa décision passée : mais il déclare réserver jusqu'après étude nouvelle des documents fournis, son adhésion à une poursuite en diffamation).

I. — *Exercice illégal par un étranger muni de tous ses examens à l'exception de la thèse.* — C'est l'ancienne demande du sociétaire 142, qui se présente sous une nouvelle face. Notre confrère a obtenu du Préfet que l'autorisation provisoire ne soit pas renouvelée. Mais, presqu'aussitôt, l'étranger s'est mis en règle, en passant sa thèse, et il est revenu continuer sa mauvaise besogne déontologique à côté de M. le Dr C. —Le procureur de la République attend qu'on lui signale les actes d'exercice illégal, qui se seraient produits dans la courte période où le médecin étranger n'était plus couvert par l'autorisation, et notre confrère désire savoir ce que nous pouvons faire pour lui venir en aide. (Après discussion et examen, le Conseil constate qu'il ne peut rien faire de plus que M. C. lui-même, qu'il ne peut se substituer à lui dans l'initiative des poursuites, dans la recherche des documents, etc., qu'il en est réduit à souhaiter le succès de l'initiative du Procureur et se trouve désarmé pour toute autre intervention.

K. — *Demande d'un secours par une veuve de médecin. Affaire S...* — Madame S. nous avait demandé un secours, à la suite du décès de son mari. Nous l'avions priée de s'adresser à la Société locale de son département. Celle-ci a répondu qu'elle ne pouvait rien faire parce que 1° M. le Dr S. ne faisait pas partie de la Société locale : 2° que les statuts, nouvellement modifiés, de la Société locale ne permettent plus de venir au secours des confrères qui n'en font pas partie.

Devant cette réponse négative, le Conseil du Sou estime qu'il doit tenter un nouvel effort et charge M. le Docteur Legendre, un des vice-présidents, d'appuyer la demande de Madame S. auprès de M. le Secrétaire général de l'Association, comme il l'a déjà fait dans un cas analogue.

Affaires nouvelles.

A. — Un confrère qui s'était cru atteint par un article de journal, publié par un maire d'une commune voisine, a obtenu du même journal l'insertion d'une note rectificative satisfaisante, dont nous lui avions envoyé le modèle.

B. — Le Dr C. se plaint à nous qu'un confrère voisin, officier de santé, lui fasse une concurrence déloyale, en usurpant ouvertement le titre de docteur, et il nous demande ce qu'il doit faire pour se défendre. Le Conseil estime qu'il y a lieu de poursuivre l'officier de santé en concurrence déloyale, devant la juridiction compétente, et appuiera le docteur C. dans son action.

C. — Affaire V. Il s'agit d'un confrère médecin d'une Société de Secours Mutuels d'ouvriers, et nommé par ces derniers *à l'élection.*

Le Directeur de la Société l'a brusquement, et du jour au lendemain, remplacé dans ses fonctions, sans autre cause que son bon plaisir. Le Dr V. estime que cette brutale façon d'agir lui porte un préjudice à la fois matériel et moral, et il fait appel au Sou médical pour le soutenir dans sa cause. Le Conseil n'hésite pas à lui accorder tout l'appui du Sou et lui répond qu'il n'a que la ressource d'attaquer le Directeur ou d'en appeler aux ouvriers qui l'ont élu.

Nous lui adressons, en même temps, copie du jugement du tribunal de Charleville, qui, dans une affaire analogue, a donné complétement gain de cause au médecin lésé.

D. — *Honoraires contestés par une Société de Secours Mutuels.* — Le Dr B. médecin de la Société de Secours Mutuels de son pays, a fait appeler, en octobre dernier, un confrère voisin, pour l'aider dans une intervention chirurgicale. Il a demandé, pour honoraires dus à ce confrère, la somme de 50 francs. A cette demande le Président de la Société, un docteur en médecine, a répondu par une offre de quinze francs, en s'appuyant sur un article des statuts déchargeant la Société de Secours Mutuels des frais des interventions chirurgicales, et en priant son confrère, le Docteur B., de se faire payer le surplus par la famille de l'opéré. Au reçu de cette réponse, M. B. nous informe que l'article des statuts en question a été ajouté aux statuts en vigueur postérieurement à l'opération cause du litige, et qu'il a toujours été, jusqu'aujourd'hui, intégralement payé de ses interventions chirurgicales par la caisse de la Société de Secours Mutuels; que, par conséquent, si, pour l'avenir, il doit se conformer aux nouveaux statuts, ses cinquante francs n'en sont pas moins, quant à présent, entièrement dus par la Société. Le conseil prie M. B. de faire tous ses efforts pour régler l'affaire à l'amiable; s'il ne réussit pas à faire valoir ses droits, qu'il poursuive la Société et nous le soutiendrons.

F. — Un confrère chargé du service médical de nuit dans une grande ville, se plaignait qu'un de ses collègues du même service faisait des remises aux agents chargés d'appeler les médecins et accaparait ainsi les visites.

Il demandait seulement que le fait fût signalé comme il le méritait, dans le *Concours médical.* Il a été donné suite à sa demande par un « Propos du Jour ».

G.—Un médecin, membre du Sou, étant décédé dans la plus profonde misère, ses confrères voisins, également membres du Sou, nous ont adressé un pressant appel pour subvenir aux premiers frais les plus indispensables. Le Conseil autorise le trésorier à rembourser au Président la petite avance que vu, l'urgence, celuici a cru devoir faire.

H. — Deux affaires d'arbitrage ont été engagées par le Président et le Secrétaire. Nous en ferons connaître plus tard les résultats.

I. — Un conseil pour recouvrements d'honoraires a été donné au Sociétaire n° 268.

K. — Au n° 358, Me Gatineau a eu à fournir un avis déterminant ce qu'il fallait entendre par frais de dernière maladie.

L. — Un confrère, membre depuis peu de temps dù Sou médical, demande un Secours à l'issue d'une maladie qui l'a mis dans la gêne. Suivant la décision prise à l'assemblée générale, il est invité à s'adresser à la Société locale, dont il est membre depuis 20 ans.

M. — Le Sociétaire n° 350 nous demande conseil au sujet d'un recouvrement d'honoraires, dont la dette est niée par le client. Ce confrère habitant Paris, Me Gatineau veut bien se charger de le guider dans ses revendications.

N. — Le docteur D. a reçu une consultation au sujet de la responsabilité d'un patron pour honoraires de soins donnés à son domestique. L'affaire est en cours.

P. — Le Sociétaire 224 s'est vu réduire d'un quart une note d'honoraires par le célèbre Tribunal de Joigny. Le dizainier s'est chargé de nous donner, plus tard, toutes explications sur les circonstances ; une décision sera prise à la prochaine réunion.

R. — Deux avis en matière de recouvrements pour honoraires d'accidents du travail, ont été donnés par le Secrétaire général aux confrères A. et C. qui ont obtenu satisfaction.

S. — Le confrère n° 341 voit refuser à son père la délivrance d'un legs, fait par un de ses clients, sous prétexte, disent les autres héritiers, que le père aurait été pris comme personne interposée. Me Gatineau a été mis au courant de tous les détails de l'affaire, et, sur son avis, le Conseil accorde pleinement son appui moral au Sociétaire intéressé.

Sept ou huit demandes d'appui ont été adressées au Sou Médical par des confrères qui n'en font pas partie ou *qui ont promis d'y adhérer, si on leur faisait avoir gain de cause !!*

Le Conseil estime qu'il ne devra jamais consentir à engager le crédit de la Société pour des sommes quelquefois très importantes, en échange de la promesse d'une cotisation de 18 fr. et, malgré ses sentiments de confraternité, refuse d'examiner ces demandes, qu'il ne pourrait soutenir qu'en violation des statuts.

Le Secrétaire.
A. MIGNON.

LA SÈMAINE MEDICALE

Abcès dysentériques tardifs.

D'après M. le Dr *Laferrère*, de Lyon, les abcès dysentériques du foie peuvent être tardifs dans des limites capables d'étonner et qui ne sont pas établies par les auteurs ; ils peuvent évoluer jusqu'à dix ou quinze ans après la guérison réelle ou apparente de l'entérite. Donc, tout malade, soupçonné de suppuration hépatique, doit être interrogé au point de vue d'une dysentérie antérieure, même très ancienne tout comme s'il s'agissait d'un chancre induré, dans un cas de syphilis cérébrale, par exemple.

Ces abcès sont généralement consécutifs à des dysentèries de forme sévère et prolongée. En outre, la période de santé apparente, souvent très longue, qui sépare la dysenterie de l'éclosion de l'abcès, est souvent émaillée, si l'on n'y prend garde, de troubles intestinaux plus ou moins légers. Il en résulte, pour nous, que c'est vraisemblablement dans l'intestin que subsistent les germes infectieux destinés à provoquer l'hépatite ; d'autant mieux qu'on peut constater à l'autopsie ces résidus dysentériques dans des cas où aucun symptôme intestinal ne pouvait les faire soupçonner. Si bien que les abcès tardifs du foie sont, relativement aux ulcérations dysentériformes, probablement moins tardifs qu'il ne semble.

Ces abcès ont deux caractères cliniques principaux : une marche lente et torpide. Il en résulte deux caractères secondaires : leur ouverture fréquente dans les bronches et la stérilité du pus. Ils sont souvent méconnus et simulent des accès paludéens, des angiocholites calculeuses, des kystes hydatiques, des cirrhoses, des cancers, mais surtout de la tuberculose pulmonaire.

La dysenterie chronique fruste peut réaliser d'autres suppurations viscérales que les abcès hépatiques. Le poumon peut être ensemencé di-

rectement, sous forme d'abcès pulmonaire dysentérique et peut-être sous forme de bronchite purulente dysentérique.

Les moindres troubles intestinaux, chez les anciens dysentériques, doivent être attentivement surveillés, l'ancienneté de l'entérite primitive n'étant pas, au point de vue intestinal, et même au point de vue hépatique, un gage absolu de sécurité pour l'avenir.

L'eau oxygénée en évaporation contre la coqueluche.

M. le Dr *Baroux*, d'Armentières, conseille d'avoir recours, contre la coqueluche, à l'évaporation d'une certaine quantité d'eau oxygénée.

Pour lui, voici l'idéal du système :

Avoir deux salles cubant 60 à 75 mètres, une pour le jour, une pour la nuit.

La coqueluche aime une atmosphère pure et souvent renouvelée. D'autre part, l'oxygène provenant de l'eau oxygénée, évaporée, dans un air vicié et confiné, oxyde en pure perte, dans cette ambiance, toutes espèces d'émanations et de microbes : il en arrive ainsi fort peu dans les voies respiratoires.

Le produit doit être à 12 volumes, conservé dans des litres et non dans des touries. Il faut l'employer sans aucun mélange d'eau, et en versant avec une petite mesure d'étain ou de verre, alternativement 80 grammes, toutes les quatre heures, sur deux linges de vieille toile blanchie d'un mètre carré de surface, pliés en plusieurs doubles et placés dans une assiette creuse, pour ne rien perdre du liquide.

Une toile neuve ou un tissu en couleur seraient travaillés par le produit, au détriment de son activité.

Il faut placer ces deux linges autant que possible, sur une corde traversant l'appartement dans son milieu.

Comme adjuvant inoffensif et toujours calmant, il est permis d'employer le mélange suivant :

Teinture de drosera.....	2	grammes
— de belladone...	3	—
— d'aconit........	4	—

A la dose de 90 gouttes par jour pour un adulte, avec une échelle descendante selon l'âge.

A ce propos, remarquons bien que dans toutes les observations où l'on s'est servi de ce médicament, il fut toujours commencé bien avant les évaporations, de façon à rendre tout à fait distincte l'action spéciale de ces dernières.

Dans de telles conditions, il est permis d'affirmer, sans témérité comme sans présomption, que n'importe quel cas de coqueluche peut être jugulé au bout de huit jours de traitement, quel que soit le moment de cette maladie où cette thérapeutique lui est appliquée.

Deux enfants peuvent subir ensemble cette médication.

Il n'y aura, pour le patient, danger d'aucune sorte et pour l'entourage aucune gêne, puisque l'eau oxygénée ne répand qu'une odeur très légèrement empyreumatique et à peine sensible.

Dans les classes populaires, dont les nombreuses familles sont souvent ravagées par ce fléau, on trouvera encore un avantage dans cette méthode de traitement. C'est son bon marché relatif.

Outre la teinture composée, il faudra cinq à six mauvais chiffons, qui tomberont vite en lambeaux sous l'influence du médicament, et quatre litres de ce dernier. Les pharmaciens le vendent d'ordinaire deux francs le litre, verre déduit : cela fera en tout, calmant compris, dix francs environ, pouvant guérir, à l'occasion, deux enfants en huit jours.

Valeur diagnostique de l'insufflation de l'estomac.

M. le Dr *A. Durand*, de Paris, recommande, pour l'exploration de l'estomac, d'avoir recours à l'insufflation ; cette méthode est sans danger et offre de multiples avantages.

Elle facilite l'inspection, la palpation et la percussion de l'estomac et permet ainsi d'en préciser la situation, la forme et les dimensions.

Il n'est pas jusqu'à l'état d'intégrité ou de relâchement du sphincter pylorique, que l'insufflation ne nous permette d'apprécier (insuffisance pylorique).

On pratique l'insufflation en introduisant dans l'estomac une sonde molle par laquelle on fait arriver l'air atmosphérique. Les sondes employées pour pratiquer le cathétérisme de l'œsophage ne sont en somme que des sondes de Nélaton de fort calibre et à parois assez épaisses.

Le choix de cette sonde importe peu d'ailleurs. La grosse sonde employée pour l'extraction des liquides n'offre pas ici un grand avantage. M. Guinard se sert tout simplement pour insuffler un estomac, du tuyau en caoutchouc d'un thermocautère, en rapport avec la soufflerie.

Mais si une grosse sonde n'offre pas d'avantages, une trop petite est ordinairement plus difficile à faire avaler, et on devra donner la préférence à une sonde de moyenne grosseur, d'un diamètre d'environ 11 millimètres, à parois assez épaisses pour qu'on puisse la manier facilement.

L'emploi d'une sonde analogue est sans inconvénients ; on la fait facilement accepter par le malade, et l'on ne voit jamais survenir aucun accident, si toutefois on s'abstient d'en faire usage chez les malades atteints d'hématémèses récentes, chez ceux qui présentent des symptômes d'ulcère rond, non encore cicatrisé, ou encore chez ceux qui sont dans un état de cachexie trop avancé.

Avant d'introduire la sonde, on peut insensibiliser le pharynx avec un badigeonnage de cocaïne à 1/25.

Pratiquée d'une façon méthodique, sans atteindre un degré de tension extrême qui pourrait dans certains cas obscurcir les renseignements fournis par la palpation, elle nous offre un moyen précieux pour étudier les tumeurs stomacales, du moins celle de la face antérieure. Elle nous permet d'affirmer qu'une tumeur trouvée dans l'abdomen appartient bien à l'estomac. L'étude des tumeurs du pylore, en particulier, bénéficie largement de ce procédé d'exploration. Ces tumeurs sont rendues plus accessibles, et leurs connexions, leurs adhérences avec les organes voisins, peuvent être mises en évidence, ce qui permet de discuter l'utilité d'une intervention chirurgicale (pylorectomie gastroenterostomie).

Aussi nous croyons qu'elle doit être prise en sérieuse considération, aussi bien par le chirurgien que par le médecin, et nous ne saurions trop en conseiller l'emploi.

Les plaies pénétrantes par armes à feu modernes.

Il y a plus de vingt ans, nous entendions le prof. *Verneuil* recommander de ne pas toucher aux plaies par armes à feu et de ne pas chercher à extraire les projectiles, quand ils ne sont pas superficiels. Or, de nombreuses et récentes expériences, ont montré a M. *Tavel*, que les idées de M. Verneuil étaient justes.

Tout d'abord. fait remarquer M. Tavel, est-il possible, par quelques mesures de désinfection, de détruire les germes portés par la balle à l'intérieur des tissus ? Non, affirmait déjà Karlinsky, non, répond aussi M. Tavel, d'après les expériences faites, comme toutes les autres, sous sa direction, par MM. Müller et Koller.

Trois moyens de désinfection ont été employés dans ces expériences, faites d'abord avec un microbe très virulent, amenant constamment la mort de l'animal dans les circonstances ordinaires, le streptocoque de Marmorek, garantie nécessaire contre toute fausse interprétation. Ces trois moyens ont été :

1° Le drainage ;
2° La cautérisation à la teinture d'iode ;
3° La cautérisation au thermocautère.

A côté d'une série de lapins, traités, était une série de lapins de contrôle non traités.

Or, chez tous les animaux traités par l'une ou l'autre de ces trois méthodes, l'action thérapeutique a été nulle, le thermocautère, sur lequel on fondait le plus d'espoir, a semblé même hâter la mort de l'animal.

Dans d'autres expériences, faites ensuite avec des microbes de virulence moyenne, le staphylococcus aureus, le bacillus, pyocyaneus, le streptococcus capsulatus, les animaux ont été traités par le drainage, le pansement à la gaze iodoformée, l'acide phénique à 5 %, la teinture d'iode, le thermocautère, les résultats thérapeutiques obtenus ont été également nuls ou frustes.

Il ressort donc, de tout cela, que, « dans le traitement des plaies par armes à feu infectées, *moins on fait, mieux on fait*, que la désinfection est impraticable et que tous les moyens physiques ou chimiques employés, ne font que léser encore davantage les tissus et les mieux préparer encore à l'envahissement par les microbes restés vivants dans la profondeur des tissus où ils ont été projetés par la balle ». Bien entendu, on n'a ici en vue, que les plaies simples par balle, les plaies compliquées de lésions osseuses ou autres, ayant toutes leurs indications spéciales.

Cette manière de voir, tirée de la médecine expérimentale, est corroborée par la pratique : Bergmann, dans la guerre russo-turque, a observé des milliers de guérisons par la simple occlusion des orifices de la plaie. Kocher conseille aussi dans tous les cas simples la seule occlusion aseptique ou antiseptique ; le pansement occlusif est aussi le seul recommandé pour les plaies simples par Langenbuch. (Dr Doubre, *Bull. médical.*)

M. Tavel conclut que si ce traitement simpliste l'avait autrefois vivement choqué, il est aujourd'hui bien forcé de s'incliner devant les résultats de l'expérimentation, concordant avec ceux de la pratique et que, « autrefois partisan convaincu de l'intervention, il est maintenant un adepte de l'expectation ».

Le rein mobile.

D'après M. le Dr Pierre *Derocque*, de Rouen, lorsque le chirurgien se trouve en présence d'un rein mobile, il doit, en grande partie, se laisser guider par la gravité des symptômes.

Tels malades ont un rein peu mobile ou très mobile, mais n'accusent que peu de souffrance, aucun trouble digestif, n'ont jamais présenté de signes d'hydronéphrose intermittente ; parfois, même, chez eux, la tumeur rénale a été reconnue par hasard; chez ces malades, le traitement chirurgical est absolument contre-indiqué. On fera bien de s'en tenir aux petits moyens thérapeuques. On leur conseillera d'éviter la pratique du cheval, de monter dans des voitures mal suspendues, de ne pas se laisser constiper. Pour raffermir les tissus ? on peut leur conseiller les douches froides, le *tub*, le massage de la paroi abdominale et du gros intestin, les flexions du thorax sur le bassin et du bassin sur le thorax. Parfois on se trouvera bien de conseiller une grossesse ; l'utérus se développant progressivement fera remonter le rein dans la partie postéro-supérieure de l'abdomen et l'y maintiendra quelques mois ; on a vu des guérisons dues à ce processus.

Le bandage ne paraît présenter aucune utilité, le rein filant le plus souvent sous le bandage s'il exerce une pression trop faible, et celui-ci n'étant pas supporté si la pression est plus forte ; quant à la sangle de Glénard, qui maintient les intestins et exerce ainsi indirectement une action sur le rein, elle est absolument indiquée.

D'autres malades ne présentent pas de troubles gastriques ou des troubles gastriques minimes, pas d'hydronéphrose intermittente ; mais chez eux, on trouve des symptômes nerveux très accusés, quelquefois même des stigmates hystériques ; les douleurs sont très intenses, et rendent la vie insupportable au malade. Chez eux, le bandage est toujours très mal supporté, la ceinture, généralement, ne l'est guère mieux ; le port du corset, le poids des vêtements sont des plus pénibles ; chez ces malades, l'intervention chirurgicale peut être discutée ; généralement on améliore leur état ; mais il faut reconnaître que parfois, on a un échec complet, au point de vue de la cessation des douleurs, même avec un rein solidement fixé ; aussi fera-t-on bien, dans ces cas, si l'on se décide pour une intervention, de prévenir l'entourage du malade qu'on ne peut lui donner aucune certitude au point de vue de la disparition des douleurs.

Enfin, dans une troisième catégorie, il existe des phénomènes douloureux, des crises gastriques, des crises d'hydronéphrose intermittente ; dans ces cas, il n'y a pas hésitation possible, le seul traitement à conseiller est l'intervention chirurgicale. Elle seule, met à l'abri des coudures de l'uretère, elle seule met fin aux tiraillements du pédicule vasculaire et par conséquent aux phénomènes dyspeptiques résultant de la ptose du rein. Nous n'insisterons pas sur les indications de la néphrectomie, qui ne devra être pratiquée que dans les cas où l'on trouve des lésions autres que celle du rein mobile, comme pyonéphrose, tuberculose du rein, etc.

L'ulcère du duodénum.

L'on sait que l'ulcère du duodénum est une affection relativement assez fréquente, que cette affection a une tendance à rester latente et à se manifester brusquement par une complication redoutable, telle que la perforation.

L'ulcère se manifeste, d'après M. le Dr *Ladevèze* (dans sa thèse), par trois modalités cliniques : Hémorrhagies intestinales, douleur de la ligne mediane à droite, troubles digestifs : l'hyperchlorhydrie est très fréquente.

Parmi les complications, il faut noter : l'anémie, l'anémie pernicieuse progressive, l'ictère, les abcès du foie, la sténose, la perforation, etc.

La marche de l'affection est lente, entremêlée d'accès paroxystiques, la guérison n'est jamais certaine ; il y a souvent récidive ou perforation brusque.

Le diagnostic est, en général, délicat ; le méléna, la douleur siégeant à droite, avec leurs caractères respectifs, permettront de distinguer l'ulcère duodénal et l'ulcère gastrique ; l'absence de troubles digestifs (Bucquoy) l'hypochlorhydrie (A. Robin) ne prouvent rien en faveur de l'ulcère du duodénum ; l'hyperchlorhydrie se trouve aussi bien dans le second que dans le premier.

Le malade doit être soumis à un régime médical sévère : diète lactée et médication alcaline, ou mieux diète absolue et alimentation rectale.

Après échec reconnu du traitement médical longtemps prolongé, on aura recours à l'intervention chirurgicale.

Si le duodénum est inabordable, adhérent aux organes voisins, si les parois duodénales sont trop épaisses, si la lésion est trop étendue, on donnera la préférence à la gastro-entérostomie.

S'il s'agit d'un ulcère en pleine activité, qui saigne, qui cause de la douleur, s'il est exempt de toute lésion suspecte, libre d'adhérence, on devra employer la duodénoplastie, qui réalise la triple indication : 1° mettre l'organe au repos ; 2° supprimer l'ulcère, cause du mal ; 3° rétablir le cours naturel des matières.

La duodénoplastie a été employée sept fois : on a obtenu cinq succès ; deux malades sont morts, longtemps après, et de tuberculose pulmonaire.

PHTHISIOTHÉRAPIE

Une nouvelle méthode curative de la tuberculose.

Les divers traitements préconisés pour la guérison de la tuberculose nous ont donné, jusqu'à présent, tant de déceptions que c'est toujours avec scepticisme que les médecins accueillent la découverte d'un nouveau remède dirigé contre cette maladie.

Le nouvel agent curateur, c'est le suc de viande de bœuf.

Sans doute la viande crue avait déjà donné des résultats dans le traitement de la tuberculose, mais les bons effets obtenus étaient attribués plutôt à un acte d'alimentation, qu'à des propriétés curatives spéciales.

Rappelons, en quelques mots, que MM. Ch. Richet et Héricourt avaient, dans une précédente communication à l'Académie, indiqué la résistance remarquable, à la tuberculose, de chiens exclusivement alimentés avec de la viande crue.

Depuis cette époque, ils se sont attachés à préciser quelle était, dans la viande crue, le principe actif.

Voici quelle a été leur manière de procéder :

Ils ont pris la chair musculaire hachée et l'ont fait macérer pendant deux heures, dans moitié de son poids d'eau, puis, ils l'ont soumise à une forte pression.

Ils ont ainsi obtenu, d'un côté une partie solide, — la fibrine — de l'autre, une partie liquide formée de suc musculaire.

Des chiens tuberculeux, alimentés exclusivement avec la partie solide, meurent un peu moins rapidement que les animaux témoins soumis à une alimentation ordinaire.

Ce qui s'expliquerait par le fait que la totalité du jus de viande ne peut pas être enlevée par la pression et que la portion, minime il est vrai, qui reste contenue dans la fibre musculaire, agit encore avec une efficacité relative.

D'autre part, les chiens à qui on donne à boire le suc, dont on a privé la viande donnée aux autres animaux, non seulement ne tombent pas malades, mais encore présentent un état de santé exceptionnellement florissant, prenant après quelques semaines un poids bien supérieur à celui qu'ils présentaient à l'état normal, avant l'infection tuberculeuse.

M. le Dr Caze rend compte, dans la *Revue des Revues*, d'une conversation qu'il a eue avec M. Héricourt, pour préciser certains points restés obscurs dans son esprit. « Quel est le degré de maladie auquel doivent être pris les tuberculeux, pour être encore considérés comme susceptibles de guérison ? »

Voici la réponse :

« Ayant tuberculisé avec M. Ch. Richet, un lot de quatre animaux, nous décidâmes d'en soumettre deux au traitement, mais seulement lorsque les deux autres seraient morts.

Une mort s'étant produite au 26e jour, deux autres animaux à ce moment étaient dans un tel état de cachexie qu'ils paraissaient n'avoir plus que quelques heures à vivre.

Un de ces animaux, avec le 4e chien dont l'état était un peu moins lamentable, fut alors soumis à l'injection de suc musculaire, et tandis que, deux jours après, le second témoin mourait, le chien traité in extremis, se remettait petit à petit sur ses pattes, reprenait des forces, pour, trois semaines après, se montrer dans un état de santé parfait, avec un poids supérieur à celui qu'il avait, avant d'être mis en expérience.

N'avez-vous pas essayé déjà ce traitement sur des malades ?

Sans doute; et depuis la fin de l'année dernière, j'ai soumis à ce régime spécial un certain nombre de phthisiques. Les résultats en ont été rapides et m'ont paru décisifs.

Ce qui est à noter, au point de vue de la thérapeutique humaine, c'est que l'influence du traitement se fait sentir avec des doses bien inférieures à celles que nous avons données aux animaux en expérience ; ce qui s'explique par la bénignité relative des tuberculoses observées en clinique, relativement à la virulence des tu-

berculoses que nous inoculons à nos animaux et qui les tuent souvent en moins de 30 jours.

Et le moyen le plus efficace pour préparer le remède?

Il me semble qu'il suffira d'administrer aux phthisiques, le jus qu'on pourra extraire, avec une bonne presse, de 500 à 1.000 gr. de viande de bœuf de bonne qualité.

Pour faire cette opération, il faut laisser macérer pendant deux ou trois heures cette viande hachée, dans moitié son poids, d'eau stérilisée, froide; puis, on met cette viande dans un nouet de forte toile et on la soumet à la presse.

Si l'opération est bien faite, pour 1 kilo de viande et 500 c.c. d'eau, on doit recueillir de 550 à 600 c.c. de liquide.

On répartit le liquide en trois doses qu'on fait absorber au malade dans le cours de la journée.

(Si les malades manifestaient du dégoût pour ce liquide, il suffirait de l'étendre de quantité égale de bouillon *froid* fortement aromatisé. Il est bien entendu que l'ébullition, ou seulement une température de 45°, détruirait tous les principes actifs du suc musculaire.)

Et maintenant, c'est aux praticiens qu'il appartient d'appliquer aux malades les données de la science et de nous dire les résultats, qu'ils obtiendront dans les formes si variées de la tuberculose.

L'expérimentation est facile, à la portée de tous ; nous publierons les résultats au journal.

Dr H. C.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'automobilisme médical.

La dépense d'une bonne voiture.

Mon cher Directeur,

Comme suite à l'intéressante note de notre confrère Duchesne, et en justification des chiffres que j'ai donnés à la réunion, dont a parlé notre aimable confrère des Chesnais, dans le n° 11 du *Concours*. je vais vous fournir, aussi succinctement que possible, le détail des dépenses de ma voiture automobile. Ce sera, je crois, un bon renseignement pour les confrères désireux de se convertir à ce mode de locomotion.

J'ai acquis, le 4 mars 1897, de la maison Panhard-Levassor, un phaéton avec glace amovible à l'avant, capote américaine, siège de groom à l'arrière, se repliant dans le coffre de la voiture, et pouvant admettre deux personnes, mais peu confortable ; Moteur Phénix, dit de 4 chevaux et demi ; Carrosserie Jeantaud ; Pneumatiques Michelin de 65 millimètres : Trois vitesses. 7.17.24 kilom. en 1897, 8.18.28 kilom. en 1898 et 1899. (Je suis depuis le mois d'octobre 1899 revenu à la première multiplication, trouvant la voiture plus souple ainsi.) Poids, en ordre de marche, sans voyageurs, 800 kilogr.

Elle m'a coûté 6015 fr. J'ai fait en même temps l'acquisition de divers accessoires et pièces en double, tels que cric, pompe à pneumatiques, nécessaire de réparations, 2 brûleurs, 2 tubes de platine, 2 chambres à air, deux enveloppes, deux chaînes, etc., en plus, quelques outils pour les petites réparations à la remise, tels que enclume, établi, étau (de petit volume), le tout s'élevant à 600 francs. J'estime devoir amortir l'ensemble en dix ans en payant un intérêt de 3 %, ce qui fait une annuité de 768 fr. 90.

J'ai loué une remise pour 200 fr. par an, et je prends, comme groom, un jeune homme de 15 à 18 ans, que je paye de 25 à 40 francs par mois, pour nettoyer la voiture, la préparer et la garder pendant mes visites. Il rend de plus quelques services à la maison. Je pense qu'il me coûte 1000 francs par an, car il faut le nourrir et lui donner tous les ans 2 livrées, d'ailleurs fort simples.

La voiture n'a jamais été conduite que par moi, et je me suis toujours efforcé de la ménager le plus possible. J'ai fait moi-même toutes les réparations que j'ai cru pouvoir faire : rodage des soupapes, nettoyage des roues, changement d'enveloppes de pneumatiques, réparations de chambres à air, etc. D'ailleurs, la voiture s'est bien comportée ; pas d'accidents de voiture ou de personnes. Je le dis à ma honte, je n'ai, même pas, l'âme d'un chien sur la conscience. Les pannes, peu fréquentes ont toujours été bénignes : brûleurs éteints, tubes de platine fissurés ou desserrés, ressorts décrochés, perte d'écrous et de boulons de chaîne, rupture d'un des tubes de circulation d'eau. Les pneumatiques se sont, eux aussi, bien comportés ; mais il ne faut pas oublier que la vitesse de la voiture est faible. Les crevaisons ont été rares. Au début, il s'agissait surtout d'éclatements de la chambre, par pincements dus à un montage défectueux. Sur 2.600 kilomètres de marche soutenue en excursion, je compte 4 crevaisons dont une probablement attribuable à la malveillance.

Les réparations sont donc, presque toutes, dues à l'usure normale du mécanisme, au jeu inévitable qui se produit dans les pièces en mouvement.

Le nombre de kilomètres parcourus quotidiennement est assez restreint. Le rayon de ma clientèle est peu étendu, et, bien que sortant très souvent matin et soir en voiture, je ne dépasse pas 20 kilomètres par jour en moyenne. J'ai constaté que, sur l'essence consommée, un cinquième était destiné aux brûleurs, ce qui indique de longs et fréquents stationnements. Les quatre autres cinquièmes étaient consommés par le moteur, à raison de 1 litre pour 8 kilomètres environ.

J'ai d'ailleurs fait quelques excursions plus longues. En 1897 je suis allé de Chatou à Veules-les Roses en une journée (190 kilom.). Reparti de Veules le surlendemain de mon arrivée, je suis allé déjeuner à Beauvais, en passant par Dieppe (130 kilom.), pour rentrer de Beauvais à Chatou le lendemain, au total 400 kilom. sans incident autre qu'une crevaison, à 3 kilom. de Dieppe. Un autre jour, je suis allé de Chatou à Meaux et retour dans la même journée (130 kil.) En 1898, Chatou, Beauvais et retour (156 kil.) et. du 27 octobre au 21 novembre, j'ai parcouru en 17 jours 1760 kilomètres, Chatou, Avallon, Châteauroux, Agen, Bordeaux, Tours, Orléans, Chatou, et, comme accident de voiture, un ressort de culbuteur décroché, perte d'un écrou de boulon de châssis, perte d'un écrou de boulon de chaîne et 3 crevaisons de pneumatiques par clous, dont une probablement intentionnelle.

J'ai noté pendant ce voyage les dépenses de marche, qui sont pour 1760 kilom. de 254 litres d'essence, 13 litres d'huile, 1 kilogr. de graisse

consistante. La vitesse moyenne a été de 19 kilom. 645 à l'heure (1500 kilom. en 76 h. 42). Le maximum a été de 26 kil. 200 à l'heure, de Nevers à Bourges, le minimum de 14 kil. 180 à l'heure d'Argenton-sur-Creuse à Limoges.

Au cours de ce voyage, la dépense totale d'essence, par kilomètre, a été de 0 litre 14; les brûleurs ont consommé 0 litre 0097 et et le moteur 0 litre 1345. Mais au cours de ce voyage, fait par un beau temps à peu près continu, la voiture était relativement chargée, car elle portait 220 kilogr. environ.

Ces préliminaires, peut-être oiseux, étant terminés, je passe à l'énumération des dépenses :

		Du 4 mars au 31 décembre 1897		1898		1899		En 34 mois		Prix par kil. parcouru
Kilomètres parcourus.		4.700		6.540		6.257		14.497		
Consommation et Marche	Essence........	774 lit.	347f »»	1053 lit.	437f 15	1010 lit.	415f »»	2836 lit.	1199f 15	0f 073
	Huile..........	92	36.»»	66	27.20	43	17.85	201	81 05	
	Graisse........	2 kil.	3.»»	2 kil. 5	3.55	2 kil. 5	3.75	7 kil.	10.30	
Entretien	Véhicule		»		512.85		271.»»		783.85	0.044
	Pneumatiques.		231.»»		137.70		262.»»		630.70	0.036
	Moteur et transmissions.....		119.»»		924.55		915.75		1959.30	0.112
	Divers.........		100.»»		324.10		167.70		591.80	0.033
Amortissement........			640.»»		768.90		768.90		2177.80	0.124
Frais Généraux	Loyer.........		170.»»		200.»»		200.»»		570.»»	0.033
	Domestique....		833.»»		1000.»»		1000.»»		2833.»»	0.161
	Impôts........		30.»»		50.»»		50.»»		130.»»	0.009
	Assurance (Incendie)......		»		8.95		36.15		45.10	
			2509.»»		4394.95		4108.10		11012.05	0.629

En somme, pour un parcours de 17.500 kilomètres en 3 ans, les dépenses de consommation se sont élevées à 1290 fr. 50 — 0 fr. 073 par kilomètre parcouru; celles d'entretien à 3965 fr.65 — 0 fr. 226 par kilomètre parcouru ; l'amortissement s'est élevé à 2177 fr. 80 — 0 fr. 124 par kilomètre parcouru ; les frais généraux ont été de 3578 fr. 10 — 0 fr. 204 par kilomètre. Le total a été de 11.012.05 — 0 fr. 629 par kilomètre parcouru.

La voiture a été immobilisée au total pendant 128 jours, 2 jours en 1897, 61 jours en 1898 et 65 jours en 1899.

Les 11.012 fr. doivent donc être répartis en 1033 journées pendant lesquelles la voiture a été disponible, ce qui fait ressortir la journée de voiture disponible à 10 fr. 66.

Ce chiffre de 0 f. 629 millièmes, par kilomètre parcouru, est assurément très élevé ; mais il faut se rendre compte qu'il est dû, en grande partie, au chiffre restreint des kilomètres parcourus. Supposons, en effet, qu'au lieu d'avoir couvert en trois ans 17.500 kilom., j'en aie parcouru 3 fois plus, c'est-à-dire 52.500 kil., 60 kilomètres par jour, ce qui me paraît être un maximum; les dépenses de marche et d'entretien auront triplé, car elles sont proportionnelles à l'espace parcouru ; mais les frais généraux et l'amortissement resteront les mêmes ; peut-être dans ce cas la voiture devrait-elle être amortie en un nombre d'années moindre ; mais cela, c'est l'inconnu ; admettons que ces frais n'augmentent point de ce fait. Le total des frais s'élèverait alors à 21.524.35, ce qui correspondrait à 0.41 par kilomètre parcouru.

Mais revenons aux dépenses effectivement faites ; quelques-unes d'entre elles demandent à être détaillées. Il n'y a rien à dire au sujet des chiffres de consommation et de marche, d'amortissement et de frais généraux. Les dépenses d'entretien seules sont intéressantes à connaître plus à fond. En 1897 la carrosserie n'a nécessité que de très légères réparations qui ont été portées sur la note de 1898 (les côtés de la capote ont été redoublés). Les pneumatiques ont occasionnés 231 francs : ce sont en partie des frais d'apprentissage. Une enveloppe a été usée en une heure de marche, en frottant contre un carter. La voiture sortait de chez le constructeur qui avait raccourci les chaînes. Les responsabilités étant partagées les frais l'ont été aussi (54 fr.). Le croissant d'une enveloppe arrière s'étant décollé, j'ai continué à marcher quelque temps, et quand je l'ai envoyée chez le fabricant une enveloppe neuve m'est revenue avec 80 francs de frais, plus une réparation d'une enveloppe perforée (57 fr.) et d'une autre (24 fr.). Les 119 fr. de la rubrique moteur et transmission, comprennent le raccourcissement des chaînes, la rupture de la goupille de mise en marche, la rupture d'un tube à eau (19 fr.), de 2 tubes de platine (30 fr.) et quelques minimes réparations. Les fournitures diverses comprennent : le pétrole pour le nettoyage des chaînes et du mécanisme, le savon noir, le suif pour les chaînes, les fournitures pour réparations des pneumatiques, les mèches, la fibre vulcanisée, du carton d'amiante des bougies, de la glycérine, pour empêcher, l'hiver, la congélation de l'eau (12 fr.), etc.

En 1898, du 1er au 23 avril, la voiture a été repeinte, et il y a eu quelques légères réparations à la carrosserie ; les doublures de la capote ont été changées, le tapis de pieds en caoutchouc a été changé, ci 512 fr. 85. Les frais de pneumatiques consistent en réparations d'enveloppes ; deux pour l'avant, quatre pour l'arrière. Les réparations du mécanisme ont été au nombre de trois. Du 19 mars au 1er avril, on a corrigé le jeu des diverses pièces de la transmission, notamment du différentiel et des changements de vitesse, sans toucher au moteur, et on a remplacé

deux pignons de chaîne usés(268 fr. 40). Du 4 au 27 octobre, avant de partir pour le Midi de la France, le moteur a été revu, ainsi que les transmissions ; on a dû changer une série d'engrenages de changement de vitesse, la douille qui les supportait avait pris du jeu qu'on ne pouvait corriger (544 fr. 70). Du 13 au 15 décembre, nettoyage et dégrippage de la douille de l'arbre d'embrayage et rectifications diverses (55 fr. 45) ; il faut ajouter deux tubes de platine, deux chaînes, boulons, ressorts, etc.

Les dépenses diverses comprennent : l'achat et la pose d'une lanterne phare et d'un graisseur coup de poing (150 fr.) et les divers accessoires signalés en 1897.

En 1899, du 4 avril au 12 mai, la voiture a été repeinte et on a fait d'assez importantes réparations à la caisse. Le prix de 271 fr., relativement modique, est dû à ce que ce travail n'a pas été fait à Paris. Le 6 mai, les 4 enveloppes des 4 roues ont été remplacées par des neuves (262 fr.) ; il n'y a pas eu d'autre réparation de pneumatiques au cours de l'année. Du 13 octobre au 9 novembre, le moteur a été revu entièrement, ainsi que les transmissions. Cette réparation, comme toutes les autres, a été faite par le constructeur ; j'ai vu les diverses pièces démontées, je puis certifier que la réparation était urgente et la voiture n'avait cependant parcouru que 6.250 kilomètres depuis la dernière révision. On a remplacé un frein de moyeu, 2 pignons et 2 roues de chaînes, pour 564 fr. de réparations et 343 fr. 95 de fournitures.

J'en ai fini ; il faudrait conclure, ce qui n'est point le plus facile. Essayons toutefois.

Je commence par déclarer que je suis un automobiliste convaincu. Ma voiture me coûte à peu près le même prix qu'une voiture au mois : elle m'occasionne certainement des ennuis ; mais ses avantages me paraissent largement les compenser, et je ne pense pas revenir de sitôt à la voiture hippomobile. Je suis en effet persuadé que, dans un avenir rapproché, l'automobile sera le mode de locomotion pratique et économique par excellence, surtout pour nous médecins.

Actuellement, ces desiderata ne sont pas encore atteints ; elle n'est pas économique, parce que les constructeurs, débordés par les commandes des amateurs de sport, consacrent leur temps et celui de leurs ingénieurs et de leurs meilleurs ouvriers, à la fabrication de véhicules à moteurs puissants, très rapides, mais très complexes et très coûteux.

Les constructeurs jusqu'ici ne travaillent pas pour nous. Leur objectif est la voiture qui pourra parcourir le plus rapidement possible la plus grande distance possible, sans reprendre de l'essence ou de l'eau, sans donner le moindre coup de pouce aux appareils de graissage, sans un arrêt en un mot. Plus la voiture est chère et coûteuse d'entretien, plus elle est demandée. Tant que ce régime durera, les médecins qui ont déjà leurs chevaux et leurs voitures et qui sont médiocrement captivés par le plaisir de se salir de temps en temps les mains à manier des « mécaniques » feront bien de rester dans le statu quo. Il y a, me direz-vous, une foule de constructeurs de second ordre qui s'adressent à nous ; mais à leur égard on ne saurait être trop prudent et il faut exiger qu'ils aient fait leurs preuves. On ne leur demande point du 50 à l'heure ; qu'ils nous donnent du 30 à l'heure, d'une façon assez régulière, et nous serons satisfaits. Or, dans les courses de touristes, dans les concours, nous ne les voyons point paraître. Je crois, en réalité, que ceux de ces nouveaux venus qui sont sérieux, ont encore besoin de quelques années pour se mettre au point. Plus que tout le reste, l'automobile a besoin de nombreux et coûteux essais, avant de donner de bons résultats.

Si elle n'est pas encore économique, la voiture automobile ne peut être vraiment pratique que si on la conduit soi-même. Je ne connais pas les exigences des mécaniciens, n'en ayant jamais eu, mais j'en ai beaucoup entendu parler. Si vous initiez votre domestique aux délicatesses de la carburation, du débrayage, et des changements de vitesse, vous pouvez être assuré qu'un mois après, il vous aura quitté, s'improvisant mécanicien, et c'est votre voiture qui aura fait les frais de son apprentissage.

La situation actuelle durera-t-elle ? je ne le crois pas. Le nombre des acheteurs n'est pas indéfini, il se crée de nombreuses fabriques, quelques-unes d'entre elles parviendront assurément à faire bien ; il se forme tous les jours de nouveaux mécaniciens ; les moindres constructeurs de bicyclettes se familiarisent avec le tricycle automobile, si même ils n'ont pas quelque mirifique projet de moteur qui leur trotte par la cervelle, et ils pourront d'ici peu réparer, d'une façon assez satisfaisante, les voitures elles-mêmes. Les constructeurs enfin, moins débordés, s'attacheront à diminuer la consommation des moteurs, car en moins d'un an l'essence a augmenté de 20 pour cent ; ils amélioreront le rendement de leurs transmissions, et, ayant amorti leur matériel, ils ne feront peut-être plus payer 100 francs ce qui leur en coûte 20.

A ce moment, le moment rêvé, l'automobile sera vraiment économique et pratique. Jusque-là, je crois sincèrement que les confrères qui songent à venir à elle, uniquement pour son économie, feront bien de s'abstenir. Mais, abstraction faite de cette qualité primordiale, elle en a bien d'autres qui la rendent fort séduisante. Elle est toujours prête à partir, docile, rapide, infatigable. De quel cheval peut-on en dire autant ?

Peut-être ceux qui voudraient en faire quand même désireraient-ils quelques renseignements plus précis ; je veux bien essayer de les satisfaire. Je ne parle pas, bien entendu, des confrères fortunés, qui peuvent s'offrir une véritable voiture confortable robuste et de marche régulière, dont le prix oscille entre 8 et 12 mille francs, mais bien de la grande majorité des confrères qui veulent une voiture pour faire leurs visites, à la condition qu'elle soit, avant tout, peu coûteuse. Ceux-ci pourraient être séduits par le bon marché, la simplicité relative et le faible poids d'un assez grand nombre de voiturettes, proches parentes du tricycle, pesant entre 200 et 350 kilog., munies d'un moteur à ailettes, et dont le prix oscille entre 2 500 et 4.000 francs. Je ne saurais leur conseiller une pareille acquisition ; ces véhicules ne me paraissent pas pouvoir effectuer un service certain de quelque importance et de quelque durée. Ce sont des voitures de promenade par beau temps. Je craindrais qu'après dix

à quinze mille kilomètres les pignons et les transmissions fussent irrémédiablement hors d'usage. Leur sécurité de marche serait d'ailleurs assez médiocre, les routes en mauvais état et les pentes un peu importantes donneraient certainement des ennuis.

Ce qu'il faut à ces confrères, à mon avis, étant donné l'état actuel de l'industrie automobile, c'est une petite voiture, plus voiture que motocycle, à deux places, avec capote, moteur de 3 à 5 chevaux effectifs à un ou deux cylindres à refroidissement par eau, à allumage électrique, de préférence, pour éviter la consommation d'essence des brûleurs, en pure perte, au moment des arrêts : deux à trois vitesses, 30 kilomètres au maximum ; pesant 400 à 600 kilogs et coûtant 4000 à 6.500 francs. De ces voiturettes il y en a au moins cinq à six modèles différents sur le marché. Elles ont chacune leurs avantages et leurs inconvénients, et il ne me paraît pas possible de donner, sans parti pris, la préférence à l'une ou à l'autre, d'autant plus qu'elles sont de date assez récente et qu'on ne peut encore les connaître complètement.

Excusez, cher Directeur, l'étendue de ce document : j'espère qu'il intéressera les nombreux correspondants dont vous m'avez jadis conté les doléances.

Veuillez agréer, etc.

Dr Calbet,
Chatou (S.-et-O.)

Nous remercions le Dr Calbet de son lumineux exposé et nous lui soumettons une lettre que nous venons de recevoir de M. le Dr Creuzan. Une discussion entre deux membres du Concours, si compétents, sera profitable à nos lecteurs.

Florac (Gironde), 23 mars 1900.

Très honoré Directeur,

Je lis, dans le *Concours*, un article sur l'automobilisme médical. Voulez-vous me permettre de donner, sur cette question, un avis susceptible d'avoir quelque valeur, par suite des circonstances dans lesquelles je me trouve placé.

Depuis quatre ans, je me sers exclusivement d'une voiture automobile pour visiter une clientèle nombreuse et très étendue. J'habite la banlieue ouest de Bordeaux, c'est à dire une région très accidentée.

En raison de mes relations, je me suis trouvé assez engagé dans l'automobilisme pour être mis à la tête, depuis trois ans, d'une société très importante, l'Automobile Club Bordelais.

Je suis en contact continuel avec le monde des *chauffeurs* ; avec les principales notabilités sportives, avec les constructeurs, avec les grands coureurs. Rien ou à peu près ne m'est donc étranger, dans les types divers et nombreux de véhicules qui commencent à circuler, et dans toutes les questions se rattachant à l'automobilisme.

Je ne comprends pas l'emballement du corps médical pour la voiturette. Celle-ci peut être excellente pour la promenade sur belle route et pour la belle saison, mais elle est incapable de pouvoir assurer un service aussi dur que celui du médecin de campagne, pendant l'hiver. N'espérez pas en tirer rien de bon, sur les routes empierrées, sur les terrains détrempés, ou dans la boue glissante.

Sa légèreté la condamne a ne pouvoir triompher de l'obstacle. Le tricycle avec ses pédales, permet seul de sortir d'un mauvais pas, s'il n'est pas trop long à franchir.

Et puis que devenir sous la pluie avec des véhicules qui ne possèdent aucun abri et ne peuvent en porter, sous peine de voir leur marche paralysée par ce surcroît de charge. Comment se présenter chez des malades, couvert de boue et ruisselant d'eau ?

Le médecin qui veut faire de l'automobile, doit avoir une voiture confortable, type 6 chevaux, d'une mise en marche facile et rapide, d'une marque ayant fait ses preuves dans des courses de longue haleine. Avec une voiture de ce genre munie d'un pavillon léger, facilement enlevable, avec glace sur le devant, et rideaux sur les côtés, vous pourrez affronter tous les temps, sans souffrir ni du froid, ni de la pluie, et goûter un tel confortable que vous ne cesserez de constater que s'il y a une locomotion peu pratique, c'est assurément la traction animale, avec sa lenteur, ses ennuis, et ses dangers bien autrement sérieux.

Il faut toujours compter avec la fatigue de l'animal ; on écourte la liste des malades, on visite le moins souvent possible les clients éloignés, ceux qui paient le plus cher, et chaque jour c'est un certain chiffre en moins qui constituerait une jolie somme à la fin de l'année.

Avec l'automobile au contraire, on ne craint plus ni la distance, ni la fatigue, et si on a une clientèle assez importante, on peut visiter 5 ou 6 malades en plus, au lieu de les visiter en moins. Les clients sont satisfaits et vous augmentez votre chiffre d'honoraires de 3 ou 4 mille francs par an.

Voilà le vrai côté économique de la locomotion automobile ; il mérite d'être pris en considération sérieuse, tandis qu'il a toujours été négligé dans les calculs de dépenses d'entretien, qui ne visent que des cas particuliers.

Je ne puis admettre à ce sujet, le chiffre de 0.60 centimes par kilomètre. J'ai déjà eu l'occasion de démontrer, dans le journal la *France automobile*, que tous ces calculs, d'ailleurs très sincères, reposaient sur une base erronée.

Je parcours une moyenne de 50 kilomètres par jour, qui représentent 18.000 kilomètres par an. Ce qui ferait à 60 cm. le kilomètre, une dépense annuelle de onze mille francs.

Je me demande alors ce qu'il me resterait pour faire face aux autres dépenses de la vie courante, si j'avais un pareil trou dans mon modeste budget de praticien.

En comptant ma dépense d'essence, 1200 francs environ, l'entretien, les pièces de rechange, les pneumatiques, l'intérêt du capital et l'amortissement en dix années, je n'arrive pas à dépasser sensiblement la somme de 3.500 francs par an, soit 10 francs par jour, ou 0,20 centimes le kilomètre.

Je laisse de côté la question du domestique qui est commune aux deux genres de locomotion, car il n'est pas besoin d'avoir un mécanicien avec soi. Un jeune homme intelligent se met rapidement au courant de ce qu'il y a à faire, et il lui reste beaucoup de temps dispo-

nible pour s'occuper d'autres choses dans la maison.

Je termine en disant qu'il est indispensable d'avoir une connaissance parfaite de son moteur et de ses transmissions, et dès lors les causes d'arrêts deviendront tellement l'exception, qu'elles n'entreront pas en ligne de compte.

Est-ce donc bien difficile de connaître un moteur et son fonctionnement? C'est un jeu d'enfant pour nous, à côté de l'étude de l'anatomie humaine, et il est autrement aisé de trouver la cause d'une interruption dans sa marche, que de faire un diagnostic médical.

Je ne saurais le répéter assez, à ceux qui ne sont pas retenus par la question d'argent, la voiture automobile est à son point; toute attente me paraît inutile. Je ne considère pas, pour les raisons sommaires que j'ai indiquées, et qu'il serait trop long de développer, que la voiturette puisse jamais rendre des services au médecin qui a besoin d'un instrument de travail sérieux, et non d'un objet de promenade, qui deviendra pour lui pendant l'hiver, une source de déceptions et d'ennuis.

Dr CREUZAN.

REPORTAGE MEDICAL

Service médical et vétérinaire de la gendarmerie. — L'attention du ministre de la guerre a été appelée sur les conditions dans lesquelles fonctionnent le service médical et le service vétérinaire dans la gendarmerie. En vue de remédier aux inconvénients signalés, il a adopté les dispositions suivantes :

Les médecins et pharmaciens civils qui donnent gratuitement des soins ou des médicaments à la gendarmerie, ainsi que les vétérinaires civils qui soignent sans rétribution les chevaux de l'arme, peuvent être proposés pour les récompenses suivantes : 1° après dix ans de services gratuits, une lettre d'éloges conférant le titre de médecin, pharmacien ou vétérinaire de la gendarmerie ; 2° après quinze ans, une médaille de bronze ; 3° après vingt ans, une médaille d'argent ; 4° après vingt-cinq ans, une médaille de vermeil ; 5° après trente ans, la croix de chevalier de la Légion d'honneur. En cas de services exceptionnels, les limites de temps indiquées ci-dessus seront diminuées.

Des décorations de l'instruction publique et du Mérite agricole pourront être demandées, de temps à autre, pour les médecins, pharmaciens et vétérinaires signalés par l'autorité militaire. !!!!!

Le moindre grain de mil... ajoute le confrère qui nous communique ce renseignement, ferait mieux notre affaire.

Caisse de prévoyance et de secours des médecins belges. — L'assemblée générale de la caisse de prévoyance et de secours du corps médical belge a eu lieu le dimanche 25 février passé. Les bilans de l'exercice clôturé le 31 décembre 1899 ont été approuvés.

Il résulte de ces bilans que le service des pensions ou allocations a nécessité cette année une sortie de caisse de 56,500 francs; des secours ont été distribués à concurrence de fr. 1091.60.

Les dons encaissés se montent à fr. 275.80. Le legs de 10.000 francs fait, par feu le Dr Abraham Mayer d'Anvers, ancien pensionné, décédé le 1er mars 1899, n'a pu être encaissé qu'en 1900, l'arrêté royal autorisant l'acceptation n'ayant paru que fin janvier dernier. Ce legs magnifique, exemple de solidarité confraternelle, ne pourra figurer qu'au bilan de l'exercice en cours.

L'avoir inaliénable en caisse au 31 décembre 1899 se monte à fr. 820,882.84.

La permanence du service médical des bureaux de bienfaisance de Paris. — Un conseiller municipal de Paris, après avoir montré les inconvénients de l'interruption de ce service à certaines heures, vient de déposer le projet de délibération ci-dessous :

« Le Conseil,

« Considérant que les bureaux de bienfaisance sont fermés, les jours ordinaires, à 6 heures du soir, les dimanches et jours fériés à 1 heure de l'après-midi ;

« Que le service médical de nuit ne fonctionne que de 10 heures du soir à 7 heures du matin en hiver et de 11 heures du soir à 6 heures du matin en été ;

« Que la population nécessiteuse doit à cette interruption du service médical de ne pouvoir être secourue, alors que certaines maladies exigent des soins immédiats ;

« Considérant, d'autre part, qu'on ne saurait admettre qu'un délai de 24 heures puisse s'écouler entre la demande d'assistance et la visite du médecin ;

« Que, dans certains cas, il est nécessaire de pouvoir réclamer l'urgence de la visite ;

« L'Administration est invitée à rechercher les moyens d'établir :

« 1° La permanence du personnel administratif chargé de recevoir la demande d'assistance médicale ;

« 2° La permanence du personnel médical attaché à chaque bureau de bienfaisance des mairies de Paris.

« Signé : L. ACHILLE. »

La pharmacie au Conseil général de la Seine. — Le Conseil général vient d'émettre un vœu invitant le préfet de police à faire des démarches auprès des pouvoirs publics pour que les pharmaciens soient tenus d'indiquer en entier, sur chaque récipient, la formule constitutive de chaque préparation.

Notons que cette utile précaution est usitée déjà dans certains pays d'Europe, et ajoutons qu'elle aurait ses avantages partout.

Bibliographie. — Vient de paraître : *Annuaire médical et pharmaceutique de la France* du docteur Félix ROUBAUD, pour l'année 1900, contenant : La liste par ordre alphabétique des docteurs et pharmaciens de Paris, leur classement par rues ;

La liste par ordre alphabétique et celle par départements des docteurs et pharmaciens de la France, Algérie, Tunisie, etc.. (Listes établies d'après des documents officiels.) 52e année. — Prix: 4 fr. A l'Agence des publications médicales et scientifiques, rue Tiquetonne, 62, Paris.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4477. — M. le docteur ROYER, de Bar-sur-Aube (Aube), secrétaire du Syndicat de Bar-sur-Aube.

N° 4478 — M. le docteur MARLIER, de Nogent-sur-Marne (Seine), présenté par M. le Directeur.

N° 4479. — M. le docteur CANU, de Crécy-sur-Serre (Aisne), présenté par M. le Directeur.

N° 4480.—M. le docteur MIQUEL, de Yerres (Seine-et-Oise), présenté par M. le Directeur.

N° 4481. — M. le docteur PARQUET, de Villeneux (Eure-et-Loir), présenté par M. le docteur Pannetier, de Triel (Seine-et-Oise) et membre du Syndicat d'Eure-et-Loir.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 15 14 AVRIL 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le tarif complet d'assistance chirurgicale.

Nous appelons toutes les réflexions de nos confrères sur la circulaire suivante, qui date de ces jours derniers 26 mars 1900 :

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL, MINISTRE DE L'INTÉRIEUR ET DES CULTES, A MM. LES PRÉFETS.

Mon attention a été attirée sur l'insuffisance du tarif des honoraires médicaux, applicable au traitement des malades du service de l'assistance médicale gratuite, spécialement pour les cas où une intervention chirurgicale est nécessaire.

Les règlements types adoptés par le Conseil supérieur de l'Assistance publique contiennent bien une disposition, ainsi conçue :

« Les opérations pratiquées à domicile, sont payées d'après un tarif spécial arrêté tous les trois « ans par le Préfet, sur la proposition de la commission de vérification des comptes, et après avis « du Conseil général. »

Mais, dans plus d'un département, ou bien ce tarif n'a pas été effectivement établi, ou bien il ne prévoit que très peu de genres d'opérations.

Je signale cette lacune à votre vigilance.

Il importe à la bonne marche du service, qu'un tarif d'honoraires soit dressé, comprenant les opérations usuelles, celles du moins qui se peuvent pratiquer à domicile, sans danger pour l'opéré.

On évitera ainsi des contestations fâcheuses, lors du règlement des comptes des médecins et, du même coup, on facilitera l'application de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

L'article 4 de cette loi dispose, vous le savez, que si la victime a choisi le médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu, quant aux frais médicaux, que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément au tarif adopté dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite.

Je vous prie, en conséquence, de vouloir bien proposer, au conseil général de votre département, dès la prochaine session, un *projet de tarification aussi complet que possible*, des honoraires dus pour les opérations de petite ou de grande chirurgie.

Vous voudrez bien m'accuser réception de la présente circulaire et me tenir informé de la suite donnée aux instructions qui précèdent.

Nous voilà donc conviés, plus ou moins directement, par une sage et précieuse intervention gouvernementale, à collaborer à la grosse mesure d'équité qui doit couronner dignement la campagne de résistance aux Compagnies d'assurances-accidents.

Le *Concours*, qui l'avait prévue, nous y a préparés. On réclame de suite un tarif, *aussi complet que possible*, des honoraires dus pour la chirurgie de l'assistance, et cela pour qu'il soit appliqué, par les juges de paix, dans les cas qui résulteront de la loi sur les accidents du travail.

Or ce tarif existe : il a été publié à notre numéro 29 de l'année dernière. Les chiffres qui s'y trouvent inscrits constituent bien le minimum convenable en matière d'assistance. Que chaque syndicat, chaque société locale, chaque conseiller général médecin, le porte à sa préfecture, dès aujourd'hui, de lui-même, et le défende *en bloc, sans variantes, tel quel*, car il a été mûrement calculé, adapté à toutes les régions, mis à la portée de tous les budgets département aux, et s'accommode aussi bien du système de rémunération à l'abonnement, que du payement à la visite.

Comprendra-t-on, cette fois, que l'uniformité dans les propositions est la première condition du succès ? Renoncera-t-on à exécuter des fioritures plus ou moins criardes, sur un thème qui se suffit par lui-même, et cela, en toute hâte, à la légère, au milieu de discussions dont profiteraient, contre nous, les conseillers généraux hostiles ou avares ? Mais surtout, s'abstiendra-t-on de se placer au point de vue de nos adversaires, d'accepter leurs arguments, pour y faire des concessions bénévoles et injustes, quand il est certain que le maximum de ces concessions est inscrit d'avance dans le Tarif du Concours ?

Ah ! l'occasion est belle pour le corps médical, de montrer sa sagesse et sa modération, dans une solidarité qui ne connaît pas les questions de latitude et de méridien, qui n'a souci que de *justice et de philanthropie éclairée*.

Car, le jour où notre Tarif sera devenu celui de l'Assistance, les Sociétés de Secours mutuels, qui soigneront les accidents du travail, et, à plus forte raison, les Compagnies d'assurances-accidents, n'auront plus rien à opposer à notre légitime revendication. La loi sera pour nous, et cela nous suffira.

Tant pis, alors, pour les marchands de soins au rabais, qui, pouvant être légalement honorés d'une façon convenable, se seront liés niaisement les mains par des contrats, où, cherchant l'accaparement, ils n'auront trouvé que perte d'argent et de dignité.

Il y a une justice immanente : le moment est venu de lui ouvrir les voies.

Et l'effort est facile, puisque l'Etat-Providence nous donne le signal.

LA SEMAINE MEDICALE

Contagion de la rougeole.

Dans une récente clinique, M. le professeur *Grancher* expose une série d'idées un peu personnelles sur le mode de contagion de la rougeole. « Tout le monde, dit-il, admet que le contact direct donne la rougeole ; cela est certain et n'est pas discuté, mais tout le monde n'accepte pas le contact indirect, et M. Béclère. dans sa thèse, admet la contagion par l'atmosphère ; il dit que la contagion indirecte est très rare, cependant il ne nie pas absolument ce mode de contagion. Eh bien, le contact indirect, c'est-à-dire le transport de la maladie à une personne saine, par une tierce personne qui n'a pas et n'aura pas la rougeole, est-il fréquent ? Je croyais autrefois que c'était rare, mais, depuis dix ans, un grand nombre de faits m'ont montré que c'était fréquent, et nous avons constaté ce mode de contagion d'une salle à une salle voisine. Je ne croyais pas que la contagion pût se faire de salle à salle éloignée ; or, d'autres faits m'ont montré que c'était encore possible ; en 1896, par exemple, nous avons semé la rougeole dans le service, en prenant le germe du pavillon des rubéoleux ; ce pavillon est assez loin du service, il faut traverser deux cours pour aller de l'un à l'autre, et pourtant la contagion s'est réalisée. J'avais concédé également que les germes desséchés pouvaient être transportés par l'atmosphère ; aujourd'hui, je ne crois même plus cela. Enfin, une dernière question, le transport de la rougeole à travers de longues distances, est-il possible, toujours par contagion indirecte, bien entendu ? Oui, et les faits de cette catégorie ne sont pas très rares : Kessler raconte l'ensemencement de plusieurs villages distants de quelques kilomètres, par un tailleur allant de l'un de ces villages à l'autre. M. Barbier cite un cas de contagion dans une maison isolée, par un médecin militaire qui avait soigné des soldats rubéoleux à 2 kilom. de là. Il y a encore d'autres cas qui démontrent ce fait. La conclusion pratique à tirer de là, c'est que le médecin peut transporter le germe de la rougeole dans sa clientèle ou chez lui, comme dans le cas cité par M. Barbier : de là l'indication, que l'on ne suit pas toujours, de se laver les mains lorsqu'on a touché un rougeoleux.

Traitements médicamenteux de la Tuberculose.

MM. *Ch. Richet* et *Héricourt* viennent de communiquer à la Société de Biologie les résultats remarquables de nombreuses expériences faites par eux sur des animaux rendus tuberculeux,

au point de vue de l'action de certaines substances pharmaceutiques,

« Chose curieuse, toutes ces substances sans exception ont donné des survics considérables, les témoins vivant 100 jours en moyenne après l'inoculation, et les animaux traités environ 150 jours. Ont donné : le chlorure de sodium 148 jours, la créosote 156, le cacodylate 220, la térébenthine 160, l'iode 110 ; le plomb, le thallium, le chlorhydrate d'ammoniaque, le bichlorure de mercure, le camphre ont donné aussi des survies, et nous n'avons pu trouver une substance qui ne prolonge pas la vie des animaux.

Il faut en conclure, qu'il n'y a pas de médicament spécifique de la tuberculose, mais toutes les substances peuvent agir pour empêcher l'intoxication par la toxine tuberculeuse. »

Tamponnement intra-utérin contre la rétention placentaire après l'avortement.

D'après M. le Dr *Bonnaire* (*Monde médical*), on peut faire choix de deux méthodes de traitement dans les cas de rétention placentaire consécutive à une fausse couche : se borner à attendre en surveillant l'hémorrhagie que l'on combattrait par le tamponnement vaginal, et les accidents septiques que l'on traitera par les injections utra-utérines, ou bien enlever les débris par le doigt ou la curette. Bonnaire emploie une autre méthode qui consiste à faire un tamponnement utra-utérin dans le but d'amener l'expulsion du placenta.

Voici la technique employée par cet accoucheur. Après nettoyage antiseptique de la vulve et du vagin et cathétérisme de la vessie, on saisit le col de l'utérus avec une pince-griffe que l'on confie ensuite à un aide. On fait une injection iodée dans l'intérieur de la matrice et on procède au tamponnement. Pour cela, on se sert d'une mèche de gaze iodoformée, longue et étroite, dont un bourre la cavité utérine au moyen d'une pince à pansement. On peut parfois être arrêté par le col qui se contracte ou plus haut par l'anneau de contraction. Avec un peu de temps et de douceur, on triomphe de ces obstacles. Le tamponnement doit être serré pour être efficace. Sur 15 cas traités par cette méthode, l'expulsion du placenta s'est faite dans les 24 heures. Cette méthode est facile à employer et donne d'heureux résultats.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

L'antipyrine.

Tour à tour en vogue, puis délaissée, l'antipyrine fait partie de cette catégorie de médicaments que leur efficacité, universellement constatée, finit par rendre suspects et même redoutables.

On a eu le grand tort de gaspiller les trésors de cette précieuse substance, on a voulu en faire une panacée et, inévitablement, on a provoqué des échecs et des accidents lamentables.

L'antipyrine a une très grande puissance, et c'est quelquefois une arme à deux tranchants, qui demande à n'être employée que prudemment, par une personne bien au courant de la physiologie et de la chimie.

I

COMPOSITION ET ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'ANTIPYRINE.

L'antipyrine est un corps complexe, que les chimistes dénomment di-méthyl-oxyquinizine ou méthyl-oxyquinizine-méthylée. On l'appelle encore quelquefois diméthyl-phényl-pyrazolon. Cette substance est antiseptique, hémostatique, analgésique, antithermique, mais non antipériodique. Sous son influence, en même temps que la température s'abaisse, d'abondantes sueurs apparaissent et le nombre des pulsations se maintient au même taux. En réalité, l'antipyrine est un médicament, qui agit principalement sur le système nerveux, c'est un puissant nervin, que l'on pourrait ranger dans le groupe classique des substances névrotropiques.

M. le Dr *Manquat* indique, dans son récent traité de thérapeutique, les principales expériences physiologiques qui démontrent les véritables effets de l'antipyrine.

« A. *Chez l'animal.*— L'antipyrine administrée à la dose de 0 gr. 07 centigr. par kilogramme, chez le lapin, produit une *rigidité universelle*, déjà vue par Hénocque et comparée par lui à l'état cataleptique. Cette rigidité n'empêche pas les mouvements volontaires. « Dès que la volonté actionne un muscle, la rigidité disparaît pour recommencer dès que le mouvement volontaire a été exécuté. » Si l'on sectionne le sciatique et le crural du même côté, les muscles énervés sont épargnés, preuve que l'action de l'antipyrine porte sur le système nerveux et non sur le système musculaire. Cet état tonique de la musculature se produit également chez le chien, sous l'influence de 0 gr. 50 à 1 gramme d'antipyrine par kilogramme d'animal ; puis elle est suivie d'attaques convulsives qui vont en s'affaiblissant (Blumenau). Dans ces conditions, la sensibilité tactile est exaltée (Blumenau, Lauder Brunton).

« Injectée sous la peau d'un lapin ou d'un chien, à la dose de 1 à 2 grammes, l'antipyrine produit une véritable analgésie dans le membre injecté et souvent du côté opposé (Gley).

B. *Chez l'homme.* — 1° Les effets de l'antipyrine consistent, suivant Lépine (1), chez un individu *non fébricitant* et sous l'influence de plusieurs grammes du médicament, en une seule dose, en un état particulier d'*excitation cérébrale* : « Le sujet ne peut aisément comparer à aucune autre la sensation qu'il éprouve ; elle n'a rien de fort incommode, il n'y a ni vertiges, ni bourdonnements d'oreilles ; l'intelligence est un peu exaltée, le besoin du sommeil, si c'est le soir, se fait moins sentir et peut même manquer, ou bien, si le sujet s'endort, il est tourmenté par des rêves qui, d'ailleurs, ne revêtent pas le caractère de cauchemars. »

2° Chez un *sujet en proie à la douleur*, l'ivresse antipyrinique calme cette dernière, aussi bien que la morphine et mieux que le salicylate de soude (Lépine). Cette action *analgésique*, constatée par Huchard (1885), par Lépine (1886), sur des ataxiques, par G. Sée, Chomjakow et Ljivow dans la migraine, est une des propriétés les plus

(1) Lépine, *Lyon médical*, 15 août 1886, p. 150, et *Arch. de méd. exp.*, 1er janvier 1890, p. 152.

remarquables de l'antipyrine. Elle lui a fait donner, pour des raisons d'ordre commercial, le nom d'*analgésine*, sous lequel on la désigne quelquefois. Chez le sujet sain, l'action analgésique fait à peu près défaut.

« Les effets d'excitation cérébrale, signalés par Lépine chez l'homme sain, ne sont pas constants, du moins aux doses de 2 à 4 grammes, chez les sujets qui souffrent, chez les migraineux, par exemple ; l'atténuation de la douleur m'a même semblé s'accompagner, chez quelques sujets, d'un certain degré de dépression intellectuelle ; chez ces malades, l'insomnie fait également défaut, et même, la douleur cessant, le sommeil devient possible. Il faut dire d'ailleurs que, si Lépine a observé chez les ataxiques de l'*insomnie* et une *aggravation momentanée de l'incoordination motrice*, il avait porté la dose d'antipyrine à 10 grammes.

« Cette donnée est importante, car il résulte des recherches de Gley et Caravias que, *à faible dose*, l'antipyrine diminue l'*excitabilité réflexe*, tandis qu'*à forte dose*, elle l'augmente.

« D'après Lauter Brunton, cité par Lépine, l'antipyrine diminuerait les réflexes dépendant d'une impression douloureuse (pincements et piqûres), tandis qu'elle exalterait plutôt les réflexes déterminés par un attouchement direct. Cette exaltation de la sensibilité tactile a été également signalée par Blumenau ; l'attouchement le plus léger et même les impressions acoustiques, provoquent un tétanos généralisé chez le chat et la grenouille. Cette *augmentation de l'excitabilité réflexe* se produit même après la section de la moelle, ce qui prouve que l'action de l'antipyrine se porte directement sur ce centre nerveux. Le fait que la ligature de l'artère iliaque ne modifie pas sensiblement les résultats de l'excitation faradique du nerf sciatique, chez une grenouille antipyrinisée, prouve que ces phénomènes ne sont pas sous la dépendance d'une action périphérique.

« 3° Chez les fébricitants, on observe parfois, en même temps que l'*abaissement thermique*, un *collapsus* assez persistant. »

En ce qui concerne la circulation, l'antipyrine a des effets bien moins puissants.

Elle diminue la pression sanguine et produit une vaso-dilatation appréciable : d'où d'abondantes sueurs et une coloration écarlate ou violacée des téguments de la face, et des muqueuses en général.

Chez certains sujets, la vaso-dilatation, jointe probablement à une action chimique de décomposition de l'hémoglobine du sang, amène des œdèmes, des boursouflements muqueux des lèvres, de la pituitaire, des conjonctives, des érythèmes, des pétéchies, des hémorrhagies cutanéo-muqueuses.

L'antipyrine est, en effet, chez certains sujets, un véritable poison même à faibles doses.

« M. Graul, assistant de la clinique de Leube, a décrit une forme rare d'intoxication par l'antipyrine, qu'il a observée sur lui-même (*Deutsch. Med. W.*, 3. 99). Les accidents ont consisté surtout dans la production de vésicules sur la langue, le palais et les extrémités. Jusqu'en 1896, M. Graul avait pris à diverses reprises de l'antipyrine sans en être incommodé ; il n'avait jusqu'alors aucune idiosyncrasie contre l'antipyrine. A cette époque, l'injection d'une dose de 1 gr. provoqua une légère angine et des vésicules sur la voûte palatine. Il se forma en même temps, sur le milieu de la langue, une tache lisse, brillante, entourée d'un bord rouge. Cette éruption était très douloureuse et disparut en 3 ou 4 jours après un badigeonnage avec une solution de nitrate d'argent, M. Graul ne songea d'abord point à une intoxication par l'antipyrine. L'année suivante, les mêmes accidents arrivèrent à la suite d'une dose de 1 gr. de migrainine (mélange de 1 gr. d'antipyrine, 0,09 de caféine et d'acide citrique), mais cette fois beaucoup plus intenses, car il s'agissait d'une stomatite grave, avec formation de vésicules empêchant toute alimentation solide. En même temps, apparaissait de la rougeur douloureuse de l'extrémité des doigts, un érythème polymorphe des genoux et des cuisses, de l'eczéma du scrotum, et de l'œdème du prépuce. Les accidents avaient débuté par un frisson et avaient évolué avec de la fièvre. Cette fois, Graul mit en cause l'antipyrine, non cependant sans soupçonner une intoxication mercurielle, qui aurait pu être provoquée par des lavages de la bouche avec une solution de sublimé au 1/00. Mais, pendant l'été dernier, les mêmes accidents débutèrent 2 ou 3 heures après une dose de 1 gr. de migrainine. La salivation était excessive, la face se tuméfia, les lèvres étaient fortement œdématiées et devinrent le siège de vésicules et d'excoriations. La température variait de 38°5 à 39°, le pouls de 90 à 100 ; mais les fonctions gastro-intestinales étaient normales. Ces accidents se prolongèrent pendant plus de huit jours et s'accompagnèrent même de furoncles.

« Des accidents analogues avaient été décrits par Immerwahr, par Laache, Hahn, Eisenmann, etc. Dalché a décrit un cas de stomatite ulcéreuse avec exsudatfibrineux sur les ulcérations, à la suite de l'injection de 1 gr. et même de 0.50 d'antipyrine, qui avait été diagnostiqué pemphigus rhumatismal. Muller a communiqué à Graul l'observation d'une dame, qui avait des aphtes dans la bouche, chaque fois qu'elle prenait de la migrainine. Il est bon de remarquer que dans ces cas l'idiosyncrasie s'aggrave avec l'usage du médicament, de sorte que le diagnostic peut devenir très difficile. » (*Bull. de Thérap.*)

— L'antipyrine s'élimine par le rein, dont elle ralentit la sécrétion ; la diminution porte d'abord sur la quantité d'urine, puis sur l'urée et l'acide urique.

D'où cette indication, de *ne pas en faire usage* chez les scléreux rénaux, chez les néphrétiques *avec albumine* et *imperméabilité rénale* et chez les urémiques.

II

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE

L'antipyrine ou analgésine doit être employée chimiquement pure ; c'est un point capital qu'il faut exiger des pharmaciens fabricants. Ce produit, en effet, étant très employé, et se maintenant à un prix assez élevé, est l'objet de spéculations frauduleuses, surtout quand il est de provenance allemande. Surveillons-en donc, scrupuleusement, la pureté et demandons des garanties chimiques vraiment sûres.

Les doses à employer sont, pour les adultes, entre 0.50 centigrammes et 6 grammes en 24

heures. Ce dernier chiffre est un maximum qu'il vaut mieux ne pas atteindre. On se borne le plus souvent, à 1, 3, 5 grammes en 24 heures, par doses de 0,50 centigrammes à 1 gramme, pour éviter l'adynamie et les sueurs, et surtout pour ne pas fatiguer la muqueuse gastrique. A dose élevée, on observe de la constriction pharyngée, des vomissements, de l'enchifrènement, des exanthèmes.

L'antipyrine est incompatible avec les préparations de fer (elle forme une combinaison qui se nomme la ferripyrine), avec le quinquina, les tannates, les astringents, les préparations chlorées et chloratées ; en présence du salicylate de soude, elle forme une combinaison qu'on désigne sous le nom de salipyrine.

Il faut absolument éviter de prescrire l'antipyrine et le salicylate de soude en cachets ; les deux substances forment un mélange déliquescent très défavorable à la conservation ; il vaut mieux les administrer en potion.

Le nombre des maladies contre lesquelles l'antipyrine a été vantée, est extraordinaire.

Fièvres de toutes sortes, tuberculose, rhumatisme, coqueluche, chorée, asthme, migraines, hystérie, diabète, névralgies, névrites, métrorrhagies, coliques hépatiques, coliques néphrétiques, hémorrhagies, etc., toutes les maladies ont été traitées par l'antipyrine. De ce fatras, il faut savoir retenir seulement les essais sérieux et les vraies indications.

Tout d'abord, l'antipyrine est un merveilleux médicament contre la douleur de nature névralgique, à la dose de 0,50 centigrammes à 2 grammes. Il faut seulement éviter de l'administrer après les repas, et de faire abus de son emploi : nul ne peut dire si, au bout de dix ou quinze ans d'usage fréquent, l'organisme n'est pas intoxiqué ou, au moins, détérioré dans une de ses parties (centres nerveux, estomac, foie, reins). L'antipyrine réussit souvent contre les douleurs fulgurantes de l'ataxie, contre les migraines, les tranchées utérines, les coliques hépatiques.

L'antipyrine est un aussi bon antiseptique que l'acide phénique, la résorcine, le salol ; elle est moins toxique que ces substances. On en retire de grands bénéfices en lavages uréthraux et vésicaux, à forte dose (5 à 10 pour cent, en injections uréthrales, et 1 ou 2 pour cent en lavages vésicaux).

L'antipyrine est un assez bon antithermique, moins bon cependant que son congénère, l'antifébrine (à la dose de 1 à 2 grammes). Elle n'abrège pas la durée des fièvres, quoiqu'elle fasse tomber passagèrement la température.

Dans la fièvre typhoïde, la tuberculose, les pneumonies, on ne l'emploie guère, car elle peut amener de l'adynamie et des troubles urémiques.

Contre la grippe, elle peut rendre de grands services, au début surtout, à la dose de 1 à 2 grammes par jour.

Dans le diabète, l'antipyrine calme les névralgies et diminue la quantité du sucre : elle n'offre pas d'inconvénient grave.

Enfin, en applications externes, l'antipyrine, soit en poudre, soit en solution au 1/10, arrête facilement les hémorrhagies en nappes, les épistaxis, les métrorrhagies du col utérin. M. Labadie-Lagrave a longtemps conseillé et employé avec succès un mélange de salol et d'antipyrine, fondu dans un tube, à la chaleur, en applications locales dans le canal cervical utérin.

Associée au perchlorure de fer, l'antipyrine constitue un corps cristallisé brun, la ferripyrine, qui est un très puissant hémostatique, et peut être employée en solution saturée ou en poudre.

Empoisonnements par l'antipyrine. — Lorsque l'antipyrine a été prise à dose trop élevée, ou bien lorsque, par suite d'une indiosyncrasie, l'organisme ne peut en tolérer même une légère dose (ce qui ne peut jamais être prévu avant essai), on se trouve en présence d'un véritable empoisonnement.

Il faut d'abord donner un vomitif d'ipéca. Puis, administrer des stimulants, boissons alcooliques, thé au rhum, café noir, réchauffer les extrémités par des linges chauds et des frictions énergiques, des sinapisations, des injections intra-musculaires d'éther, des injections hypodermiques d'un milligramme de sulfate d'atropine.

On peut avoir recours aussi à quelques gouttes d'alcool camphré sur du sucre, ou encore à une vessie de glace sur la région du cœur.

Dr Paul HUGUENIN.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

Néphrite sans albuminurie chez les jeunes enfants.

Le Dr CASSEL (*Berl. klin. Woch.*, mars 1900) a observé dans sa clinique une série d'enfants qui, sans scarlatine antérieure, sans lésions cardiaques, présentaient de l'anasarque généralisé, quelquefois accompagné d'ascite ; jamais on n'a pu déceler chez eux, durant toute la maladie, la moindre trace d'albumine, ni d'autres éléments pathologique dans les urines.

Il s'agissait de tout jeunes enfants ; l'un était âgé de 7 semaines ; 4 d'entre eux avaient 2 mois, un autre 5 mois ; il y en avait un d'un an et 1/2 et deux de deux ans 1/2. L'œdème apparut d'abord à la figure, puis à la face dorsale des mains et des pieds, ensuite gagna la jambe, la cuisse, les organes génitaux, enfin l'abdomen.

L'étiologie en fut variable suivant les cas. Chez deux d'entre eux, il se serait produit, au dire des parents, quinze jours avant l'œdème, une éruption vésiculeuse (taches rouges avec vésicules jaunâtres), qui aurait rapidement disparu. On avait eu vraisemblablement affaire à une varicelle. Chez cinq autres l'hydropisie avait été précédée, 2 ou 8 semaines auparavant, de troubles digestifs aigus ou subaigus (diarrhée, vomissements, catarrhe intestinal et gastrique), qui avaient entièrement disparu à l'apparition de l'œdème. Enfin, un enfant de deux mois ne présentait aucun antécédent pathologique.

Fait important à noter, aucun de ces petits malades n'avait eu la fièvre scarlatine. En outre, on ne relevait chez eux, pas plus que chez leurs frères ou sœurs, ni angine, ni desquamation, ni adénites, ni otites ; ils n'étaient pas atteints de maladies infectieuses chroniques, telles que la tuberculose.....

Quant à la terminaison de l'affection, elle fut 4 fois une guérison en 4 à 6 semaines ; 2 fois elle resta inconnue, car les enfants furent retirés de l'hopital après 10-12 jours ; il y eut enfin 3 décès.

L'urine avait été analysée tous les jours, et à

tous les moments de la journée et de la nuit ; elle était claire, de réaction faiblement acide, de faible densité, et ne renferma jamais la moindre trace d'albumine.

On n'y découvrit jamais de sédiments, même par la centrifugation. En somme, le critérium urinaire d'une affection rénale manquait absolument. On ne pouvait pas, non plus, songer à une hydropisie cardiaque, puisque, nous l'avons dit, il n'y avait aucune lésion du cœur.

Les trois autopsies, que put faire l'auteur, montrèrent, néanmoins, les signes évidents d'une néphrite.

Autrefois on considérait l'albuminurie comme un symptôme constant de la néphrite. Philippe, de Berlin, signala un des premiers des exceptions à cette règle ; il observa 100 cas d'anasarque, consécutifs à une épidémie de scarlatine, et dans 60 d'entre eux, ne put jamais déceler la moindre trace d'albumine urinaire. Henoch, Litten, Sénator, Rosenstein mentionnent également des cas d'œdème scarlatineux sans albuminurie.

Parmi les autres maladies exanthématiques, susceptibles de produire le même phénomène, il faut citer la varicelle. Dans un cas de Stark, un enfant de 2 ans présenta de l'œdème sans albuminurie, quatorze jours après une varicelle ; l'issue fut d'ailleurs favorable.

Rilliet et Barthez observèrent le même cas dans la fièvre typhoïde ; au 5e jour de la maladie, il se produisit une infiltration œdémateuse, qui dura huit jours, et pendant laquelle on ne trouva jamais d'albumine dans les urines. Hénoch a vu quelquefois, au début de la convalescence, dans la dothiénenterie, apparaître de l'œdème du scrotum, des paupières, des mains et des pieds, et même de l'ascite sans albuminurie. D'après Cadet de Gassicourt, on peut voir de l'hydropisie du 9e au 40e jour de la fièvre typhoïde : elle est généralement localisée à la figure, au scrotum et aux extrémités inférieures ; sa durée moyenne est en général de 8 à 13 jours, et elle disparaît d'ordinaire avec la fièvre, ou du moins lui survit peu de temps. Cet auteur l'attribue aussi à une néphrite.

En résumé, l'hydropisie sans albuminurie, s'observe, en premier lieu, dans les maladies infectieuses aiguës. En pareil cas, elle serait due soit à une nephrite, soit à une inflammation des vaisseaux sanguins ou lymphatiques de la peau ou des séreuses. Dans les fièvres éruptives, en effet, la peau est enflammée, et il est très possible que ses vaisseaux soient, du même chef, rendus moins perméables. L'autopsie peut seule apprendre si, en pareille occurrence, il y a eu néphrite ou non.

En second lieu, cette hydropisie sans albuminurie peut encore se rencontrer dans le catarrhe intestinal des jeunes enfants. Quelle en est alors la pathogénie ? Les entérites sont susceptibles de produire des troubles cutanés, ainsi qu'en témoignent les troubles vasomoteurs et l'insuffisante régulation de la température; les toxines, élaborées dans l'intestin, circulent dans le sang et altèrent la perméabilité des vaisseaux cutanés et sereux. De même, il est possible de voir évoluer une néphrite, ainsi que le démontrent l'albumine et les sédiments urinaires qui accompagnent souvent les catarrhes intestinaux. Les cas observés par le Dr Cassel, qui sont la base de cet article, ont également prouvé trois fois l'existence d'une nephrite.

Bref, en présence de manifestations hydropiques, sans albuminurie, le médecin doit toujours réserver son pronostic, car ses moyens d'investigation clinique ne lui permettent pas de savoir s'il est en présence ou non d'une néphrite. La guérison est fréquente, mais il peut aussi y avoir terminaison fatale. Il est donc toujours prudent d'établir, en pareil cas, une thérapeutique appropriée à la néphrite.

L'influenza à forme gastro-intestinale.

L'influenza revêt deux formes principales : la forme pulmonaire et la forme gastro-intestinale. Les deux types peuvent se manifester isolément ou bien se combiner chez un malade.

Il est difficile de décrire un type de l'influenza gastro-intestinale, car ses aspects sont très variables; quelquefois très bénigne, elle peut dans certains cas prendre des allures presque typhiques.

La diarrhée constitue cependant toujours le symptôme capital. Celle-ci apparaît quelquefois brusquement chez des personnes en pleine santé ; il se produit successivement plusieurs selles liquides, avec ou sans coliques. Aussitôt, les malades éprouvent une grande faiblesse ; ils se trouvent comme anéantis. Les phénomènes morbides peuvent prendre fin à ce moment et ne laisser, après eux, qu'une certaine sensation de fatigue pendant quelques jours. Néanmoins, chez les personnes âgées, la langue peut devenir saburrale, le cœur peut fléchir.

Mais, le plus souvent, dit le Docteur Drasche (*Wien. Med. Woch.*, mars 1900), c'est sous une forme plus solennelle que l'influenza gastro-intestinale fait son apparition. Elle peut débuter par des vertiges, une syncope, suivie peu de temps après de selles abondantes, diarrhéiques, avec coliques intenses ; ou bien encore, ténesme rectal, avec des évacuations peu abondantes.

D'autres fois, ce sont les symptômes gastriques qui prédominent. Le malade perd l'appétit, a la bouche mauvaise, la langue épaisse, sèche, une soif ardente, des malaises, des nausées et une sensation de pesanteur à l'épigastre. Dans les cas graves il peut se produire de la cardialgie, des vomissements, quelquefois sanguinolents, une teinte subictérique de la conjonctive et même de la peau. Quand les vomissements accompagnent la diarrhée, on peut même observer des crampes musculaires. Généralement ces phénomènes gastriques sont très persistants, et provoquent un amaigrissement marqué. La convalescence est toujours longue.

La maladie peut encore prendre les caractères d'une entérite avec des selles muco-sanguinolentes, accompagnées de fièvre, de sensations de frisson. Dans ces cas, on note des coliques, du ténesme et de la météorisation de l'abdomen.

Les manifestations fébriles peuvent manquer, mais lorsqu'elles existent, elles sont souvent assez intenses, en particulier chez les enfants et les personnes âgées; on note alors, de la prostration, de l'insomnie, de l'arythmie cardiaque, et même quelques manifestations cérébrales.

Dans les cas très graves, d'ailleurs le plus souvent mortels, il se produit de véritables hémorrhagies intestinales ; les malades ont du

délire, du refroidissement des extrémités, un pouls presque imperceptible, et des coliques très douloureuses ; quelquefois, on observe même des exanthèmes.

Bref l'affection prend tous les caractères d'une dothiénentérie, et le diagnostic différentiel entre cette maladie et l'influenza devient très difficile.

Quand la diarrhée cesse, qu'elle ait été de forme légère ou de nature dysentérique, la convalescence peut être rapide, ou de très longue durée, ce qui est le cas le plus fréquent ; les récidives ne sont pas rares. Les malades présentent encore pendant quelque temps des troubles gastriques : tels que, perte de l'appétit, irrégularité des selles, alternatives de diarrhée et de constipation, coliques, ténesme, etc.

La mortalité de cette forme gastro-intestinale est beaucoup plus grande que celle de l'influenza pulmonaire.

Les lésions nécroscopiques présentent des aspects aussi variés que la maladie elle-même. Elles consistent en une inflammation catarrhale simple de la muqueuse, avec ou sans ecchymoses, ou en plaques de nécrose ou d'ulcération profonde. Les follicules clos et les plaques de Peyer peuvent être intéressées par le processus morbide ; les couches sous-muqueuses et musculeuses de l'intestin, ainsi que les ganglions mésentériques sont quelquefois infiltrés. Souvent la muqueuse gastrique présente des ecchymoses ou des infiltrations. Très souvent la muqueuse duodénale est hypérémiée et ulcérée, ce qui explique la possibilité de phénomènes ictériques. Les lésions siègent indifféremment, sur le gros intestin et sur l'intestin grêle.

C'est contre la diarrhée surtout, que doit être dirigée la thérapeutique. On emploiera surtout les préparations de tannin combiné à l'opium, ce qui calmera, en même temps, le ténesme et les coliques. On donnera des suppositoires de même composition. Il faut ordonner au malade un repos absolu, du thé, de l'eau albumineuse, un peu de vin rouge, et à part cela, la diète complète.

La fièvre de Malte

Brunner (*Wien. klin. Woch.*, 1900) a eu l'occasion d'observer, à Trieste, un cas de fièvre de Malte. Cette intéressante manifestation fébrile règne dans les ports et dans quelques îles de la Méditerranée. Le germe pathogène en est le micrococcus melitensis de Boucc. La marche de cette maladie est très variable ; elle rappelle un peu la malaria, la fièvre typhoïde, l'influenza ou la tuberculose miliaire. Pour le diagnostic on se sert de la réaction de Wright : le sérum des malades, atteints de la fièvre de Malte, agglutine les cultures de micrococcus melitensis. Comme lésion anatomo-pathologique. on trouve une hypertrophie de la rate ; cet organe renferme d'ailleurs le germe spécifique. Les antipyrétiques n'influencent pas la fièvre de Malte ; il faut se contenter de traiter les symptômes, et en particulier la constipation et les sueurs profuses.

Remarques sur le Traitement de l'Obésité.

Ebstein (*Therap. Monatshefte*, 1900) vient de faire une étude critique des divers traitements médicamenteux recommandés contre l'obésité. Il condamne l'emploi des purgatifs drastiques, tels que la coloquinte, l'aloès, la gomme-gutte, le jalap, qui forment généralement la base de pilules recommandées par les divers journaux. Ces substances, en effet, produisent des inflammations locales, amènent une perte d'eau considérable, et entraînent la fonte, non seulement de la graisse, mais encore des albumines du corps. L'emploi des alcalis n'est pas encore bien étudié, mais leur emploi prolongé peut avoir, sur l'intestin, les mêmes effets que les médicaments précédents. L'usage un peu long du vinaigre produit l'amaigrissement, mais aussi une diminution notable des échanges nutritifs, et une intoxication chronique, qui se traduit par de la dyspepsie, du catarrhe intestinal et des manifestations scorbutiformes. L'iode, employé pendant un certain temps, fait maigrir, mais on s'expose à l'iodisme chronique ; Ebstein ne se sert des préparations iodées que dans des cas bien déterminés, et pendant un temps assez court. Souvent, il ordonne l'iode à l'extérieur ; par exemple, pour faire disparaître l'adiposité de la poitrine ou de l'abdomen, il formule une pommade avec Iodoforme 1, Vaseline 10, Lanoline 5 ; on l'étend sur la région et par-dessus on met un cataplasme de terre glaise.

Pour produire la transpiration, il préfère l'emploi des bains chauds à l'emploi de la pilocarpine. L'auteur cite un cas où 10 bains de vapeur amenèrent une perte de poids de 4 kg. 450.

Les préparations de corps thyroïde donnent d'excellents résultats, mais elles ne sont pas exemptes de danger.

Séro-pronostic de la fièvre typhoïde.

Le Dr *Rouget*, médecin militaire, a recherché si, dans la séro-réaction de Widal, l'intensité agglutinative du sérum des typhiques pouvait donner quelques indications au point de vue pronostique (*Arch. de méd. mil.*, fév. 1900).

Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° Aucune loi ne pouvant être établie entre la gravité de la fièvre typhoïde et le pouvoir agglutinant du sérum, il n'existe pas à proprement parler de séro-pronostic pour cette affection

2° Dans certains cas, on peut constater une relation apparente entre la forme de la courbe d'agglutination et l'intensité de la maladie ; mais ces probabilités ne sont évidentes qu'après coup, lorsqu'on a toute la courbe sous les yeux.

3° Le pouvoir agglutinant est essentiellement variable, sans qu'on puisse généralement saisir la cause de ses fluctuations.

4° Toutefois, les complications de la convalescence sont souvent annoncées par une augmentation du pouvoir agglutinant, qui se maintient pendant quelques jours à un taux élevé.

5° Pour être exacte, la courbe de l'agglutination doit être dressée, avec les résultats obtenus par une mensuration quotidienne.

Remarques sur les plaies des mamelons chez les nouvelles accouchées.

Le Dr Platzer base son étude (*Archiv. f. Gynaekologie*, 1900) sur plus de 1.000 cas observés en deux ans à la clinique de Budapest. — D'après cet auteur, trois facteurs principaux sont en cause dans *l'étiologie* de cette affection : 1° la morsure du mamelon ; 2° les tiraillements pen-

dant la tétée ; 3° la macération épithéliale par les mucosités de la bouche de l'enfant. Ces causes agissent surtout, quand le mamelon est mal développé. Elles produisent ou une perte de substance, l'excoriation, ou une simple fente, la fissure.

L'excoriation résulte d'une hémorrhagie qui soulève l'épiderme et forme une vésicule, dont la rupture donne une perte de substance. Ou bien encore, il se forme une croûte, dont la chute donne naissance à la plaie. Enfin, par macération, la peau peut se trouver imbibée et tombe par morceaux. — Les fissures ou rhagades sont des fentes épidermiques étroites, mais profondes. L'infection, par des microbes pathogènes, de l'une ou l'autre forme de plaie peut produire l'abcès du sein.

En résumé, les deux groupes de plaies ont pour origine le traumatisme, peuvent être bilatérales ou unilatérales, et se rencontrent d'ordinaire pendant la première semaine des suites de couches, du deuxième au quatrième jour.

Les fissures sont plus grosses que les excoriations. La mastite est plus fréquente dans les fissures (2 pour 100 au lieu de 0,5 p. 100 dans les excoriations).

Les symptômes sont communs. La douleur empêche ou même, fait supprimer la tétée. L'hémorrhagie est sans importance ; la fièvre est d'ordinaire nulle, ou, si elle existe, a une autre signification.

Le *traitement* prophylactique, pendant la grossesse, a été rarement fait. Comme traitement curatif, M. Platzer emploie soit les lavages au carbol, soit le pansement ouaté sec.

Les lavages ont le désavantage de retarder la cicatrisation de la plaie en imbibant et en ramollissant la peau ou les croûtes.

Dans le traitement sec, on lave à l'eau de savon le mamelon, avant la première tétée ; après les suivantes on l'essuie au coton sec.

Des cas traités par le carbol 63 malades p. 100 furent guéris le quatrième jour. Au contraire, par le pansement sec, il en eut 84 p. 100. Celui-ci, en effet, ne fait pas tomber la croûte et laisse l'épiderme se reformer sous elle.

Enfin, dans tous les cas, il faut laver la bouche de l'enfant avant et après la tétée, cesser celle-ci pendant 48 heures, quand il y a des crevasses, ou employer des téterelles.

Quand il y a menace de mastite, il faut laver 2 fois par jour à la liqueur de Van Swieten, passer au dermatol et cesser l'allaitement. Quelquefois un sachet de glace placé sur le sein a pu servir de traitement abortif. M. Maygrier préconise la solution alcoolique saturée d'orthoforme.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'encombrement médical.

A Monsieur le docteur Hervé,
de la Motte-Beuvron.

Ferrières (Loiret), le 3 avril 1900.

Je me félicite d'avoir exposé à la libre tribune du *Concours* mes idées sur l'encombrement médical, puisque cet article m'a valu l'honneur de votre lettre, qui constitue la plus sérieuse et aussi la plus aimable des critiques. Je ne savais tout d'abord que répondre à votre argumentation si serrée et je ne laissais pas que d'être embarrassé quand un court entrefilet de notre journal m'est tombé sous les yeux. Permettez-moi d'en distraire ces lignes.

.... « Nous sommes pour le moment à une « production annuelle de 1100 médecins ! !

« En comptant très largement pour 17.000 mé- « decins une mortalité de 21 pour mille qui donne « 357 décès, d'où une superproduction de 1100 — « 357 = 743 qu'on diplôme pour des postes qui « n'existent pas !

. . . .

..... « Par un récent décret du ministre de « l'Instruction, l'admission des étudiants de 1re « année, dans les diverses facultés de l'Empire « (Russe) est limitée à un nombre déterminé.. » (Cf. *Concours médical*, n° 9, p. 108.)

Ces quelques mots de reportage n'ont l'air de rien, n'est-il pas vrai ? Si vous saviez pourtant combien leur lecture m'a fait plaisir, tant ils consolident les bases sur lesquelles j'asseois mon projet de remède à l'encombrement médical !

Mais, si vous le voulez bien, reprenons votre lettre. Et d'abord, permettez-moi de vous faire remarquer — simple question d'amour paternel ! — qu'il n'est pas une seule des causes d'encombrement que vous signalez, que je n'aie indiquée moi-même il y a quelque 15 ou 16 mois (Cf. *Année médicale*. n° 11, 15 janvier 1898). Et, bien qu'il puisse en coûter à ma modestie de me citer moi-même, laissez-moi extraire de ce travail quelques phrases typiques : « .... Quelles sont « donc les causes de l'encombrement médical ? « Pour ma part, j'en saisis deux principales. La « première tient au prestige, au renom qui s'at- « tachait naguère au titre de docteur en méde- « cine, et à cette idée préconçue, et combien « fausse ! que le médecin fait facilement fortu- « ne. *Notre époque de démocratie à outrance* a eu « l'inconvénient d'ouvrir des horizons nouveaux « à une foule de sujets que rien ne désignait « pour les situations qu'ils ont plus tard ambi- « tionnées.... (p. 5).

« La seconde cause de l'augmentation du « nombre des étudiants en médecine est la sup- « pression du volontariat. Un grand nombre de « jeunes gens appartenant aux milieux les plus « divers et qu'effrayait la perspective de quatre « années de séjour au régiment, avaient la res- « source, moyennant certaines connaissances et « une indemnité pécunaire, de ne faire qu'un an « de service militaire...... Actuellement, quand « ils ne veulent être *que douze mois soldats*, *ces* « *mêmes jeunes gens se tournent vers les carrières* « *qui leur donnent cette possibilité, et surtout vers* « *la médecine*..... (p. 7). »

Excusez-moi encore une fois, mon cher Confrère, de rappeler ainsi mes propres pensées. Elles justifient une fois de plus — puisqu'elles nous sont communes — qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

Les deux principales objections que vous faites à mon projet de limitation du nombre des médecins, ou mieux, *des étudiants en médecine* sont les suivantes : 1° *cette limitation est attentatoire à la liberté* ; — 2° *elle n'est pas justifiée par un prétendu devoir de protection de l'État, qui ne délivre qu'un titre scientifique et qui ne pourrait accorder davantage qu'à de véritables fonction-*

naires. » Entendons-nous bien ! Est-il loisible à quiconque en a le dessein, d'aspirer à être notaire ? huissier ? avoué ? Oui, n'est-ce pas ? et cependant le nombre de ces officiers ministériels est strictement limité, bien qu'ils ne soient pas plus fonctionnaires que le médecin-légiste ou que le médecin des épidémies. Serrons la question. Est-il loisible à tout étudiant ou docteur en médecine d'aspirer à l'internat, au clinicat, au Bureau central ? Oui, n'est-ce pas ? et cependant le nombre des places est limité. Cette limitation n'a jamais paru attentatoire à la liberté, et jamais un candidat évincé pour toujours et voyant ainsi s'évanouir des rêves d'avenir brillant et fortuné n'a eu la pensée de protester contre cette limitation au nom de la liberté.

Alors, j'ose vous le demander, pourquoi trouver déplacé et exorbitant, pour les uns, ce que vous trouvez naturel pour les autres ?

Pourquoi s'insurger contre l'adaptation, à la généralité des malades du territoire, de ce proportionnement des médecins qui est de règle pour les malades des services hospitaliers ?

L'Etat, dites-vous, ne nous doit pas le droit à la vie, tel que je l'entends ? Pardon : peut-il se séparer de nous ? Rendons-nous, en tant que médecins, des services qu'il est impossible de demander à d'autres ? Pourquoi, dans ces conditions, ne pas escompter, des lois, une protection un peu plus spéciale que celle qu'elles accordent au commun des mortels ? Vous me direz que cette protection, nous l'avons de par le monopole de soigner les malades qui nous est réservé ! Est-il bien nécessaire de revenir sur ce qu'elle a d'illusoire ? Et puis, ce n'est pas de ce monopole, plus ou moins violé, que je m'inquiète, et quand je demande à l'Etat de sauvegarder nos intérêts professionnels, je vise surtout nos intérêts immédiats, ceux que lèse une surabondance de praticiens auxquels la clientèle n'est pas suffisamment rémunératrice. Il y a toujours eu et il y aura toujours des *guérisseurs non patentés,* contre lesquels nous serons toujours désarmés, parce qu'ils ont pour eux la... naïveté humaine, aussi éternelle que la vérité.

Les remèdes que vous proposez contre l'encombrement médical sont : 1° l'égalité sans exception, devant l'impôt du sang : sur ce point nous sommes d'accord ; 2° l'attribution aux seuls médecins de certaines fonctions administratives. Ces fonctions sont sans nul doute *l'inspection départementale des enfants en bas-âge, de l'assistance médicale gratuite, les directions d'asile.* Combien tout cela représente-t-il de postes ? Un par département, par objet ; mettons trois cents pour être larges ; tablons sur un dixième de vacances annuelles, soit trente, trente os à ronger pour les 743 affamés dont il est question plus haut. Vous voulez aussi, en troisième lieu, qu'on *défende* l'exercice de la médecine, en France, aux étrangers qui n'auront pas rempli certaines conditions. Je ne demande pas mieux ; mais, je vous en fais juge, combien risqueront de perdre le bénéfice des situations acquises ou à acquérir, plutôt que de se faire naturaliser et d'accepter les conséquences de leur qualité acquise de nationaux.

J'ignore le nombre de médecins étrangers, établis en France. Y en a-t-il 1 %, 5 %, 10 % ? Je n'en sais rien, manquant de documents efficaces. Supposons une proportion de 5 % — je crois être large — soit, pour 17.000, 850.

En admettant que la moitié refuse de se soumettre aux exigences de votre projet, voilà seulement 425 postes à prendre ! ! !. Mais la moitié ne se dérobera pas.

Enfin, comme quatrième remède, vous voudriez que la sévérité fût plus grande aux examens. Convenez d'abord que c'est faire peu d'honneur à notre intelligence, à notre zèle, à notre courage que de supposer que cette simple mesure suffira à abaisser considérablement le nombre des docteurs en médecine ; les étudiants travailleront davantage et mieux, mais il y en aura tout autant. La preuve ? Mais elle découle des chiffres cités plus haut. Depuis quelques années, en effet, les épreuves de doctorat se sont bien compliquées. Certains examinateurs, qui pour l'anatomie, qui pour la thérapeutique, qui pour l'obstétrique (inutile de les nommer, leurs noms sont sur toutes les jeunes lèvres) sont d'une intransigeance féroce, au dire des candidats, et n'accordent le « *dignus est intrare* » qu'aux vraiment méritants : c'est notoire. Le nombre des médecins a-t-il diminué ? Réponse : 743 en excès sur les vacances de 1898-1899 ! ! !

Et puis, qu'est-ce que la sévérité du juge ? A quoi cela se mesure-t-il ? A quel moment cesse-t-il d'être juste pour devenir partial en trop ou en moins ?..... Une anecdote dont je vous garantis l'authenticité, en ayant été témoin : En 1870, un officier de santé dont je tairai le nom, (il est mort, depuis) voulait devenir docteur, en passant son 2e examen de doctorat oral.

Le 1er juge lui demanda l'artère fémorale et ses branches qu'il ne put d'ailleurs pas décrire. Le 2e fit une question analogue ; quant au 3e, chargé de l'épreuve pratique d'histologie, et qui ne voulait pas imposer au candidat le vertige du coup d'œil jeté dans le gouffre du microscope, il fit cette déclaration stupéfiante : Messieurs, il est trop tard pour que nous fassions examiner des préparations ; nous nous contenterons de vous poser quelques questions orales..... (*sic*) ... Ainsi fut fait et l'officier de santé fut reçu ... Il en a été de même pour tous les examens suivants, jusques et y compris la thèse qui est sortie de toutes pièces du laboratoire pathologique ....

Vous me répondrez à coup sûr que, puisque ce médecin exerçait librement comme officier de santé, il n'y avait pas d'inconvénient et que sa clientèle n'avait rien à perdre à ce qu'on ne fût pas trop rigoureux pour lui permettre de faire précéder son nom du traditionnel « *Docteur* ».

Soit, mais qui me garantira que, pour telle ou telle cause, la scène ne se renouvellera pas et qu'ainsi ne seront pas reçues les non valeurs que vous voulez écarter, alors que tel travailleur sera indéfiniment ajourné parce que sa tête aura déplu à M. le Professeur X., qui inscrira sur le dossier : « Repassera avec moi » (authentique).

Vos remèdes ont du bon, mon cher Confrère, et je suis bien éloigné de les critiquer, mais ils sont insuffisants pour le but que nous poursuivons, et, permettez-moi cette comparaison, ils me font l'effet de dix centigrammes de quinine administrés à un fébricitant à 40°.

Il faut être plus radical, et vous ne m'en voudrez pas de l'être dans l'espèce, ayant souffert de ces encombrements que je combats, non pour moi-même (et c'est ce qui fait ma force), mais

pour les générations futures et dans l'intérêt général ; j'ai exercé la médecine dans une région où en six ans de temps j'ai vu s'installer *huit médecins nouveaux*, contre une seule vacance, ceci dans un cercle de dix à 20 kilomètres de rayon !

Mon projet de limitation, par voie de concours, je vous avoue que je l'indiquais un peu timidement il y a un mois. Mais ne voilà-t-il pas que, quand je le croyais seulement théorique, il est adopté par d'autres et mis en pratique dans un Etat européen, à gouvernement autocratique sans doute, mais tellement notre ami....

Et puis, le Doyen s'en mêle ; dans un interview récent (*France médicale*, p. 42), il déclare: « Je crois qu'il faudra en arriver un jour au « moyen adopté dans certaines grandes Écoles « du gouvernement... »

Je ne voudrais pas faire dire au Professeur Brouardel ce qui n'est pas dans sa pensée, et je sais bien qu'en parlant ainsi il faisait allusion au système des *colles périodiques* (sans jeu de mots !). Mais nous sommes sur la voie de l'imitation. Allons donc jusqu'au bout, et franchissons hardiment le petit pas qui nous sépare de l'analogie complète en souhaitant, non pas que Lyon n'ait le droit d'abriter que x médecins et Quimper Corentin que y ; mais seulement que l'accès des Ecoles ou Facultés de médecine de France ne soit ouvert aux aspirants que dans une certaine mesure — aussi large que vous la désirerez, — mais basée sur les besoins de la population.

Ne m'en veuillez pas, cher et honoré Confrère, d'être revenu à la charge. Vous m'y avez bien un peu provoqué, je suis sûr néanmoins que nous sommes animés du même désir d'amélioration de la situation du corps médical en France, et c'est dans cette communauté d'idées que je me permets de me dire.

Votre très dévoué confrère,
Dr Duchesne.

S. P. — Au moment de fermer, je dépouille mon *Concours médical* de samedi dernier ; j'y lis ces mots, dans la *Correspondance* : « La limitation du nombre des docteurs à admettre, au « nombre des médecins décédés, s'impose évi- « demment. Ce sera bientôt la mesure de salut « médical. »

Je ne saurais vous dire combien je suis heureux et, permettez-moi d'ajouter, fier, de constater que la rédaction du *Concours* n'est peut-être pas loin de moi sur ce terrain et qu'en exprimant mes sentiments personnels, je me suis trouvé l'interprète des sentiments d'un certain nombre de nos distingués collègues.

Dr D.

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Société locale de la Seine-Inférieure.

Séance du 17 Mars 1900.
Présidence du Dr Douvre, Président.

40 à 50 Membres assistent à la réunion.

Dès l'ouverture de la séance, plusieurs Membres demandent la parole pour discuter, avant toutes choses, *l'opportunité de la transformation* proposée par le Bureau de l'Association générale siégeant à Paris.

Malgré l'avis du Président, l'Assemblée décide d'ouvrir une discussion générale sur la question.

M. Auger (de Bolbec) s'élève contre cette transformation. La cotisation annuelle est trop faible pour permettre de donner à tous les Membres une pension de retraite et une indemnité de maladie. Le projet de statuts est en outre incomplet, et plusieurs points d'importance capitale n'y figurent pas.

M. Cerné (de Rouen) partage cette manière de voir. Depuis dix ans la Société a économisé 8,000 francs, c'est-à-dire moins de 1,000 francs par an. La cotisation annuelle ne suffisant pas pour régler les indemnités, il faudra faire appel aux économies. Elles seront vites épuisées et la Société marchera à la ruine.

M. Sorel insiste dans le même sens. Il rappelle que la loi interdit aux Membres de Sociétés de secours mutuels de s'affilier à d'autres Sociétés du même genre. De ce fait, plusieurs Membres de l'Association seront obligés de se retirer. Il ne faut pas détourner l'Association de son but, qui n'a jamais été d'assurer aux Médecins une retraite fixe, pour les mettre à l'abri du besoin ; cela regarde les Sociétés d'assurances, et il y en a un certain nombre qui sont réservées aux Médecins (1). Si le Médecin veut s'assurer, qu'il le fasse. A l'Association incombe seulement un rôle moralisateur et un rôle protecteur. C'est le type de la Société de Bienfaisance, dans la plus large acception du terme.

Sans doute, certains ont parlé de la tolérance qui pourrait s'exercer en notre faveur, le Gouvernement permettant que nous adhérions à plusieurs Sociétés de secours mutuels, et que la pension de retraite soit élevée à 600 fr. Il n'y faut pas compter. Mieux vaut se mettre en règle avec la loi.

L'Association est et doit rester Société de bienfaisance ; elle doit conserver sa liberté d'action et servir à ceux de ses Membres qui en ont besoin, les allocations le plus élevées possibles. Pour lui donner une forme légale, elle peut prendre la forme syndicataire. Si sous cette forme nouvelle elle ne peut rester affiliée à Paris, elle s'en séparera comme l'a fait l'Association du Rhône. Un ordre du jour est déposé dans ce sens.

M. Dessaux (de Tôtes). La mutualité, dans les conditions où on nous la présente, n'est pas acceptable. Mieux vaut conserver notre indépendance en nous séparant de l'Association générale.

(1) La Société *Le Concours Médical* a étudié et mis au point un certain nombre d'œuvres de prévoyance mutuelle qu'il est utile de rappeler. Moyennant une cotisation de 10 francs par an, chaque Membre peut s'affilier aux œuvres suivantes :

1° *Association amicale des Médecins Français.* — Indemnité de 10 francs par jour pendant deux mois, puis 100 francs par mois ;

2° *Association de retraite des Médecins Français.* — Prime variable suivant l'âge, pour 1,200 francs de rente à 60 ans. Les femmes peuvent souscrire ; on peut avoir deux retraites en payant double prime ;

3° *Sou médical* (cotisation : 18 francs par an), institué pour aider les Médecins à soutenir les procès, pour leur donner des avis sur les litiges entre Médecins, avec des clients, associations, sociétés, etc.

M. Chivé. Il n'y a rien de commun entre notre Association et une Société de secours mutuels. Que les ouvriers forment des Sociétés de ce genre, c'est tout naturel.

Pour nous la situation n'est pas la même. L'ordre du jour de M. Sorel répond à l'opinion de la majorité de cette assemblée ; il faut s'y rallier sans réserves.

M. Douvre. Partisan de la mutualité pour notre Association et de son *annexion* à *l'Association générale des Médecins de France*, je ne puis rester à la tête d'une Association qui ne veut pas être Société de secours mutuels et tend à se séparer de la grande Fédération des Médecins de France pour adopter la forme syndicale.

L'assemblée ayant insisté en vain pour que M. Douvre conserve la Présidence, M. de Lignerolles, Vice-Président, prend place au fauteuil et exprime à M. Douvre les regrets unanimes que cause son départ.

La discussion générale est close, et l'ordre du jour suivant déposé par M. R. Sorel, auquel se rallie M. Cerné, est mis aux voix : « *L'Association des Médecins de la Seine-Inférieure* refuse de devenir Société de secours mutuels, et pour garder sa pleine liberté décide d'adopter la forme syndicale. »

A la presque unanimité des Membres présents, l'ordre du jour de M. Sorel est adopté.

Deux mains se lèvent à la contre-épreuve. Il y a trois abstentions. Les Membres du Bureau ne prennent pas part au vote.

La Commission nommée est ainsi composée : MM. Auger, Bataille, Cerné, Chivé, Dessaux, Lainey, de Lignerolles, R. Sorel, Tinel.

Cette Commission a pour mission d'élaborer des statuts conformes au vote de l'ordre du jour précédent.

Nous avons emprunté le compte rendu ci-dessus à la *Revue médicale de Normandie*.

M. le Dr Cerné, rédacteur en chef de la *Normandie médicale*, en publie un autre qui n'en diffère pas.

Mais il le fait suivre d'une protestation contre un referendum organisé, par circulaire du Président, après la séance. Il voit dans ce fait une analogie avec les procédés qui furent employés à la réunion de l'Association générale. Et, après une nouvelle démonstration de la nécessité de continuer, avant tout, le rôle de Société de bienfaisance, il ajoute :

M. Douvre se déclare, dit-on, très satisfait des résultats de son *referendum*. Il aurait reçu une soixantaine de réponses favorables sur 207 membres de l'Association. Voit-il là la « minorité imposante » dont parle M. Lereboullet, ou espère-t-il simplement que, dans une assemblée générale ultérieure, ces soixante adhésions constitueront une véritable majorité de présents devant l'emporter sur l'opinion contraire ? Nous n'avons pas à nous en occuper pour le moment.

« Non numerandum, sed ponderandum. » Quand viendra la nouvelle Assemblée générale, qui viendra toujours, qu'elle soit nécessitée par une annulation de la précédente ou par la nécessité d'une nouvelle organisation, il faudra bien dépouiller ces adhésions et voir leur valeur. Sans nul doute elles expriment d'abord la sympathie de leurs signataires pour la personne du président démissionnaire, sympathie qui ne lui a fait défaut d'aucun côté, et elles répondent affirmativement ensuite à sa demande : « Voulez-vous conserver notre ancienne forme de : Association de Bienfaisance et de Secours mutuels des Médecins de la Seine-Inférieure ? » Qui ne voit ici l'équivoque entretenue par le bureau de l'Association générale d'abord, par M. Douvre actuellement ?

Tous nous voulons, nous désirons plutôt, conserver nos anciens statuts. C'est même pour cela que nous ne voulons pas voter les nouveaux et que nous cherchons sous quel titre, sous quelle forme légale, nous pouvons conserver les anciens. Ce n'est pas nous, c'est M. Douvre qui désire changer. Pour ne donner lieu à aucune équivoque, il eût fallu poser la question suivante : « Voulez-vous, comme moi, conformer nos statuts à la loi de 1898 ? » C'était cependant bien simple à faire. Notons, d'ailleurs, que le mot de *bienfaisance* n'existe pas dans notre titre ; mais ceci a peu d'importance : si le mot n'y est pas, la chose y est, ce qui vaut mieux.

En attendant patiemment le résultat d'un vote ultérieur, la Commission nommée le 15 mars n'a, comme nous tous, qu'à rechercher quelle peut être notre organisation future. Si nous ne sommes plus Société de secours mutuels, que pourrons-nous devenir ? Il semble, *a priori*, qu'il y ait deux formes possibles :

1° Société indépendante, avec reconnaissance d'utilité publique, qui nous donne la personnalité civile et la faculté de recevoir des dons et legs ;

2° Association syndicale Le nom de Syndicat paraît offusquer quelques sociétaires, qui déclarent ne pas voir la nécessité d'un nouveau Syndicat, d'un Syndicat départemental. Mais qu'on veuille bien réfléchir que notre but ne serait pas vraiment de fonder un Syndicat. La forme syndicale, les conseils judiciaires de l'Association générale nous l'ont démontré, constitue la forme légale de société la plus libérale qui existe actuellement en France. L'Association s'étant toujours occupée des intérêts professionnels, il est très naturel que nous puissions inscrire la défense de ces intérêts comme premier article de nos statuts. La loi nous permet alors de fonder, à côté de ce but principal, toutes les caisses que nous voudrons : caisse de secours, caisses d'assurances et de prévoyance. C'est l'idéal.

La difficulté à résoudre, c'est le passage de la forme actuelle à une des formes ci-dessus énumérées. Ici, nous devons attendre les décisions de l'Administration et nous entourer d'avis autorisés. Quand nous avons défendu les mêmes idées au sujet de l'Association générale, Me Gosset nous a dit : « L'Administration ne peut vous obliger à vous conformer à la loi de 1898 ; elle peut vous faire rayer les mots de Société de secours-mutuels ; elle ne peut pour cela vous dissoudre. » C'est appuyé sur cet avis que nous avons engagé la campagne. D'autres avis autorisés nous donnent la conviction que telle est la vérité. Préparons-nous donc et attendons.

L'Administration est saisie ; nous devons attendre sa réponse. A l'Association générale, on nous a toujours dit : qu'on pensait, qu'il était probable, qu'on craignait qu'une dissolution fût imposée. On n'a jamais voulu demander nettement à l'Administration ce qu'elle ferait si nous ne nous conformions pas à la loi de 1898 Quoi qu'il arrive, nous l'aurons mise en demeure de se prononcer. Nous avons pour nous la logique et l'équité ; nous pouvons bien espérer obtenir une décision qui leur soit conforme.

Et, d'ici là, qu'on se rassure. L'application stricte de la loi n'entraînerait, au 1er avril, que le dépôt de nos fonds à la Caisse des dépôts et consignations. C'est chose faite à l'avance ; il n'est pas, il ne peut être question de déchéance, et le délai que nous avons sollicité, nous l'obtiendrons sûrement, car le Ministre lui-même a déclaré au Conseil supérieur de la Mutualité qu'il ne pourrait appliquer la loi avant deux ou trois ans.

Société locale de la Gironde

Réunion du 25 mars 1900

Présidence de M. le Dr Lande.

Après lecture des rapports du secrétaire et du trésorier, faisant suite à l'allocution du président, on arrive à l'ordre du jour : examen des nouveaux statuts.

Une discussion un peu diffuse, dit la *Gazette hebdomadaire de Bordeaux*, s'étant produite à ce moment, la majorité s'est ralliée à l'ordre du jour de M. Régis ainsi conçu : « L'Association des médecins de la Gironde, après s'être décidée en majorité, dans une précédente assemblée, pour la transformation de l'Association générale des médecins de France en société de secours mutuels libre, exprime le regret d'être obligée de revenir sur son vote, d'accepter, contrainte et forcée, le maintien de l'Association en société de secours mutuels approuvée et de voter en ce sens des statuts, qu'elle n'a pu suffisamment étudier ; elle se réserve le droit de reprendre l'étude de ces statuts si un nouveau délai est accordé par le gouvernement pour l'application de la loi du 1er avril 1898. »

Les délégués chargés de représenter l'Association à l'Assemblée générale de Paris sont : MM. Saint-Philippe, Lafforgue, Lugeol, Bonnefoy, Dumur, Lasalle, Sage, Bourrus ; délégués suppléants : MM. Fromaget, Rocaz.

Le Syndicat médical de Bordeaux ayant écrit au président de l'Association afin de faire mettre à l'étude la question des consultations gratuites, une Commission a été constituée pour l'étude de cette question ; elle est composée de MM. Arnozan, Audouin, Dudon, Eyquem (de Saint-Médard-en-Jalles), Fage (de La Grave d'Ambarès), Fromaget, Régis, Rolland, Saint-Philippe. Le rapport de cette Commission sera soumis à une Assemblée générale qui se réunira à Bordeaux pendant le cours du mois de juin.

Syndicat médical de Versailles.

Versailles, le 31 mars 1900.

Mon cher Confrère,

J'ai l'honneur et le plaisir de vous faire part d'une heureuse nouvelle ; la venue au monde d'un nouveau-né, qui a reçu au baptême le nom de « *Syndicat médical de Versailles* », et qu'il ne faudrait pas confondre avec son excellent frère aîné dit : « *de l'arrondissement* « *de Versailles* ».

L'honneur de la paternité et du parrainage reviennent à Messieurs les Docteurs Rist, président de l'Association médicale de Seine-et-Oise, et Broussin, et c'est avec une joie et un enthousiasme sincères que notre famille médicale de Versailles a accueilli la naissance de ce deuxième syndicat.

Parfaitement constitué, il a déjà donné les preuves de son intention de vivre dans des questions toutes locales, et son désir le plus ardent est d'entrer en relations actives avec ses nombreux autres congénères.

Aussi avons-nous pensé, mon cher Confrère, que vous voudriez bien lui accorder l'hospitalité dans le « Bulletin » que vous réservez aux Syndicats, près desquels il serait ainsi présenté.

Veuillez agréer, etc...

Pour le Bureau : le Secrétaire, Dr Milon.

REPORTAGE MEDICAL

Une condamnation pour responsabilité médicale. — Elle a été récemment prononcée par le tribunal de Saint-Lô dans les circonstances suivantes :

Un confrère de Paris avait, paraît-il, rédigé une ordonnance à peu près en ces termes : 20 grammes de teinture de Baumé à prendre dans une tasse de thé ! Il se trouva une pharmacie pour délivrer, sans constater l'erreur, le médicament prescrit ! ! La prescription fut exécutée, le malade mourut.

Médecin et pharmacien ont été condamnés à des peines très sévères ; mais, chose bizarre, celle du médecin est notablement plus grave que celle du pharmacien.

Il nous semblait pourtant que les pharmaciens avaient pour premier devoir de ne pas laisser passer un lapsus pareil.

Nous ne connaissons le fait que par le reportage des journaux politiques : il nous sera sans doute donné d'y revenir avec plus de détails.

Une expérience dangereuse. — Un confrère, après avoir absorbé, afin d'encourager une de ses clientes, un petit verre d'une potion préparée sur son ordonnance, fut sérieusement indisposé, et, fort mécontent, se hâta trop de poursuivre en dommages-intérêts l'élève-pharmacien qui s'était trompé dans le dosage, et le pharmacien civilement responsable de celui-ci.

Il réclamait 5.000 francs de dommages-intérêts ; le tribunal lui en a accordé 500.

La 1re chambre du tribunal civil de la Seine a jugé qu'il y avait bien eu faute de l'élève et que le pharmacien était responsable. Mais elle estime aussi que le médecin n'est pas sans avoir eu quelques torts, celui d'abord d'écrire *au crayon, d'une façon assez illisible*, son ordonnance, et ensuite de ne pas avoir réfléchi, avant de boire, que sa cliente avait été indisposée après avoir bu elle-même.

Que serait-il arrivé si le médecin avait fait l'expérience sur un autre que lui-même ! Ah ! l'écriture des ordonnances nous joue de bien mauvais tours.

Un vœu de l'Académie de médecine. — « Que le captage, l'amenée et la distribution des eaux d'alimentation soient placés d'une façon expresse et permanente sous le contrôle des conseils d'hygiène départementaux, qui devront chaque année adresser un rapport au préfet du département. »

Assez platonique, n'est ce pas, ce vœu qui espère mettre en mouvement les conseils d'hygiène ! Et aboutit à demander un rapport au préfet.

Mais peut-elle faire plus, cette bonne Académie ?

Banquet de l'Internat. — Le Banquet annuel de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris, aura lieu le samedi 5 mai, à 7 h. 1/2 précises au restaurant Marguery, Boulevard Bonne-Nouvelle, sous la présidence de M. le Professeur Reverdin (de Genève).

ADHESIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4.482. — M. le docteur Michaud, de Belley (Ain), présenté par M. le Directeur.

N° 4483. — M. le docteur Abet, de Saint-Laurent-de-la-Cabrerisse (Aude), présenté par M. le Directeur.

N° 4.484. — M. le docteur Fourcaud, de Nice (Alpes-Maritimes), membre du Syndicat de Nice et de la Société de climatologie de Nice.

N° 4.485. — M. le docteur Cornu, de Ervy (Aube), membre de l'Association des médecins de l'Aube.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 16 21 AVRIL 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

L'exclusion dans les Syndicats médicaux.

Il arrive parfois que, pour certaines défaillances, la question d'exclusion du délinquant se trouve posée dans nos syndicats, et que de graves décisions sont prises un peu à l'aveuglette.

Faisons donc notre profit de l'anecdote suivante, qui a eu son dénouement devant la première chambre du tribunal de la Seine, et vient de créer une jurisprudence en cette matière.

M. S., membre d'un syndicat professionnel (non médical, mais peu importe), avait été convoqué, à deux reprises, devant une commission de ce syndicat, pour y donner des explications sur certain incident où il avait joué un rôle. S'étant refusé à répondre aux deux convocations, il fut déclaré exclu.

Mais, il n'accepta pas cette sanction et demanda aux tribunaux de prononcer sa réintégration.

L'arrêt qui vient d'être rendu lui donne satisfaction complète, et lui accorde, en même temps, le droit de faire publier le jugement, aux frais du syndicat, dans trois journaux.

Voici les principaux attendus de ce jugement :

Attendu que les statuts des syndicats professionnels forment la loi de ces associations et constituent un contrat qui détermine d'une façon stricte et absolue les droits et obligations réciproques de ces Sociétés et des membres qui les composent ;

Que, par suite, *un membre du syndicat ne peut en être exclu que pour les causes d'exclusion prévues aux statuts* ;

Attendu que l'article 5 des statuts de la chambre syndicale en question est ainsi conçu : « La chambre statue sur les exclusions. Tout membre qui compromettrait, par des faits d'indélicatesse, la considération du syndicat, en sera exclu. » ;

Attendu que l'exclusion de S. n'a point été prononcée pour des faits d'indélicatesse, seule cause pouvant, aux termes de l'article 5, motiver cette mesure rigoureuse ;

Qu'il a donc été fait, au demandeur, une fausse application de l'article 5.

Cette jurisprudence suggère quelques réflexions.

Et d'abord s'appliquerait-elle aux Syndicats médicaux ?

Ceci ne nous paraît pas douteux. Le confrère exclu peut arguer du préjudice causé, comme en toute autre profession, et contester les motifs invoqués pour l'application de la pénalité ; si bien que la décision serait déclarée nulle d'abord et, de plus, donnerait lieu à une réparation, si elle a été publiée.

Mais, ensuite, comment devons-nous l'accueillir ? Nous n'hésitons pas à répondre : Avec satisfaction.

Jusqu'ici, en effet, nous ne savions pas quel était notre droit et dans quelles limites nous pouvions l'exercer.

Nous le savons maintenant, puisqu'il dépend de nous de l'inscrire dans les statuts, en pesant bien les mots, afin que nos pouvoirs soient ce que nous aurons voulu les faire.

La police dans nos groupements syndicaux, le souci d'assurer leur bonne réputation, sont ainsi bel et bien remis entre nos mains : c'est

une liberté de plus, avec sa contre-partie nécessaire,qui réside dans un surcroît de responsabilité ; c'est un pas encore, dans la voie de l'émancipation des syndicats professionnels.

Le parti que nous pourrions tirer de cet état de choses nouveau serait immense, si nous voulions bien accepter franchement les petites abdications d'individualisme que réclame l'action syndicale.

On ne viendrait plus nous dire : « Je refuse d'entrer dans le syndicat, parce qu'il contient des brebis galeuses », car celles-ci en seraient sorties sous la réprobation des autres membres.

Il y aurait vraiment à se faire honneur d'être du groupe, puisqu'il serait une élite.

Ce groupe, lui-même, y gagnerait le droit de travailler pour son propre compte, pour les siens exclusivement, sans se préoccuper des isolés, qui s'abritent derrière un soi-disant besoin de liberté, mais qui, en réalité, ne se tiennent à l'écart que par peur des sanctions.

Tout cela, c'est ce que font autour de nous les professions bien avisées qui marchent en rangs serrés, en masses très cohérentes, vers un horizon d'espérances.

Elles ont compris, celles-là, qu'à notre époque l'union, plus que jamais, fait la force.

Quand donc les médecins voudront-ils user partout de cette arme admirable qui se nomme le syndicat, et que le Concours a mis plus de vingt ans à forger? Quand donc, surtout, se décideront-ils à lui demander, sans faiblesse, tout ce qu'elle peut donner ?

Les temps présents sont favorables à une vigoureuse campagne dans cette voie, et nous serions coupables de n'en pas profiter en saisissant toutes les occasions qui se présentent, c'est-à-dire en relevant les défis quotidiens, que nous jettent toutes les collectivités parasites du corps médical.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement de l'herpès circiné.

D'après M. le Dr *Gaucher*, dans une récente clinique que publie la *Médecine Interne*, le traitement de l'herpès circiné est simple et rapidement efficace.

Il suffit de faire des badigeonnages répétés de teinture d'iode sur la lésion, pour la voir disparaître.

On applique successivement trois, quatre, cinq couches de teinture, l'une après l'autre ; on recommence le lendemain et les jours suivants. La peau, bientôt se desquame et redevient normale.

Le traitement n'a qu'un inconvénient, qui est la coloration donnée à la peau par le remède. Mais il est un moyen de la faire disparaître : c'est de laver les taches brunes avec une solution d'iodure de potassium ou mieux encore, plus efficacement, avec de l'hyposulfite de soude. On pratique les badigeonnages le soir ; le lendemain matin, on fait des lotions avec l'hyposulfite qui enlève les taches pour la journée, puis on recommence, dans la soirée, de nouveaux badigeonnages.

Ce traitement simple suffit si l'herpès circiné est papuleux. Il ne convient plus, on ne peut plus appliquer la teinture d'iode, si la lésion est vésiculeuse, si les bulles recouvrent le dos de la main.

C'est pourquoi on a imaginé des pommades et des solutions, des pommades au calomel, au turbith, au naphtol, au pyrogallol, à l'acide chrysophanique, des solutions au sublimé. Ces moyens peuvent réussir tous également bien. Toutefois, le mieux est de faire tout d'abord des applications humides, légèrement antiseptiques, qui calmeront l'inflammation, et ensuite d'appliquer la teinture d'iode.

Dans les cas d'inflammation très vive avec vésicules, avec bulles, il est un bon médicament : la poudre de Goa ou araroba, d'où l'on a tiré pour la première fois la chrysarobine. Malheureusement, cette poudre se vend au poids de l'or.

Il est très regrettable qu'elle ne soit pas dans le commerce, car une pommade à la poudre d'araroba à 5 pour 30 est excellente. Si l'inflammation n'est pas trop vive, vous ajoutez un peu de vinaigre ; il augmente l'activité de votre remède qui se composera de : 2 grammes de vinaigre, 5 grammes de poudre d'araroba, 3 grammes d'axonge ou de vaseline

Bref, dans tous les cas d'herpès circiné papuleux ou vésiculeux, spécialement pour ce dernier cas, la poudre d'araroba est très efficace ; prescrivez-la ; quelques droguistes aujourd'hui l'auront sans doute fait venir de l'Annam ou du Tonkin, et surtout du Brésil.

Traitement de la laryngite striduleuse.

Contre les accès de laryngite striduleuse, si fréquents à cette époque de l'année chez les enfants nerveux et lymphatiques, *M. Deguy* préconise (in *Journ. des Praticiens*) le *modus faciendi* suivant qui est emprunté à l'enseignement de son maître, M. le Dr Sevestre.

On s'abstient de révulsifs locaux, en pratiquant une révulsion générale, consistant en enveloppement froid général de l'enfant. Ces enveloppements froids ont un double avantage : d'abord ils sont un calmant énergique, et ensuite ils sont admirablement supportés par les enfants qui s'endorment assez souvent dans leur enveloppement. Comme médication, M. Sevestre donne la préférence à l'antipyrine et au bromure. On peut administrer simultanément ces deux remèdes, mais il vaut mieux les administrer isolément. Lors de l'enveloppement froid, on donnera du bromure à dose variable suivant l'âge de l'enfant ; une cuillerée à bouche par exemple de la potion suivante :

Bromure de potassium......	4	grammes.
Sirop d'écorces d'oranges...	20	—
Eau de tilleul.............	60	—

Puis, de quart d'heure en quart d'heure, de l'antipyrine, dont la dose est variable également selon l'âge de l'enfant. Ainsi, pour un enfant de quatre ans, on pourra aller à 2 grammes et même plus d'antipyrine. On donnera tous les quarts d'heure une cuillerée à bouche de la potion suivante :

Antipyrine................	2	grammes.
Sirop de sucre............	60	—
Eau distillée.............	100	—

La cuillerée à bouche contient 0 gr. 25 d'antipyrine. Il vaut mieux donner ce médicament à faible dose, et fréquemment répétée, car son élimination est rapide, et par le procédé des faibles doses, on maintiendra plus facilement l'enfant sous l'influence de la médication. Si la crise d'asphyxie devenait trop inquiétante, il vaudrait mieux ne pas trop temporiser et, pour cela, pratiquer séance tenante le tubage. On retirerait le tube au bout d'une douzaine d'heures. La trachéotomie est actuellement à déconseiller et n'est qu'un pis-aller.

L'agglutination du pneumocoque.

M. Widal démontra, en juin 1896, qu'en introduisant une goutte de sang dans un tube à expérience contenant quelques gouttes du bouillon de culture de bacilles d'Eberth, ces bacilles se réunissaient par tas et formaient sur une préparation microscopique, des îlots séparés par des espaces vides, quand le sang provenait d'un typhique.

Une nouvelle méthode de diagnostic se trouva créée de toutes pièces, et, tout naturellement, l'activité des bactériologistes se porta sur l'extension de la méthode nouvelle aux autres maladies infectieuses.

M. *Griffon*, interne des hôpitaux, par ses recherches antérieures, entreprises en collaboration avec M. Besançon, sur les milieux de culture, les propriétés biologiques et les réactions expérimentales du pneumocoque, se trouvait, à cette époque, préparé à appliquer aux diverses infections pneumococciques, la méthode qui venait d'être créée.

C'est le résultat de ces recherches, qu'il nous expose dans sa thèse de doctorat.

Voici la description de la technique opératoire :

Si l'on ensemence, avec une trace de culture de pneumocoque, une quantité suffisante (un à deux centimètres cubes environ) de sérum de sang humain prélevé aseptiquement, et si l'on porte le tube à l'étuve à 37° pendant 15 à 16 heures, le résultat est tout différent suivant que l'organisme sur lequel a été pris le sérum est atteint d'une lésion, dont l'agent causal est le pneumocoque, ou qu'il échappe complètement à l'action pathogène de ce microbe.

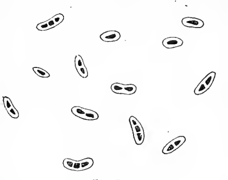


Fig. 1.

Dans ce dernier cas, le sérum se trouble à peine. Si l'on en prélève une goutte pour l'examiner au microscope, on y voit des diplocoques, répartis uniformément dans le champ de la préparation, encapsulés, isolés, parfois groupés bout à bout, de façon à constituer une très courte chaînette de 3 à 4 grains seulement (fig. 1).

Dans le cas d'infection pneumococcique, la culture peut se présenter sous deux aspects principaux : ou bien le sérum est demeuré clair, et l'on voit au fond du tube un précipité très net, c'est l'agglutination macroscopique ; ou bien le milieu est uniformément trouble, et le microscope est nécessaire pour déceler les amas dans la goutte de culture examinée : c'est l'agglutination microscopique.

1° Agglutination macroscopique. — Le précipité, visible à l'œil nu, peut offrir des aspects un peu différents : couenne unique, cupuliforme, ayant épousé la conformation de l'extrémité inférieure du tube ; fragments pseudo-membraneux multiples, aplatis, rubannés ; flocons irréguliers ; grains très fins, véritable poussière qui monte en suspension dans le sérum, dès qu'on agite le tube, telles sont, rangées par ordre d'intensité décroissante, les réactions que l'on peut observer.



Fig. 2.

2° Agglutination microscopique. — Le séjour à l'étuve a fait perdre au sérum sa limpidité primitive ; l'aspect trouble peut être plus ou moins accentué. Au microscope, on peut voir : des chaînettes, des amas, ou un mélange d'amas et de chaînettes. Les amas eux-mêmes peuvent être formés de diplocoques intimement accolés ou de chaînettes flexueuses entrelacées.

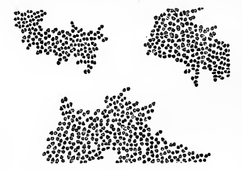


Fig. 3.

En suivant jour par jour, dans un cas clinique favorable, l'apparition et l'évolution de l'agglutination pneumococcique, on peut saisir les dif-

férents aspects, sous lesquels se manifeste le phénomène dans sa marche ascendante, et reconnaître tous les temps de la gradation : chaînettes flexueuses, entourées d'abondants diplocoques libres ; chaînettes isolées, séparées les unes des autres par des espaces vides ; chaînettes beaucoup plus longues, enlacées, enroulées sur elle-mêmes ; chaînettes tellement pelotonnées, qu'elles constituent de véritables amas. Puis, le phénomène s'accentue ; les amas prennent de telles proportions qu'ils deviennent visibles à l'œil nu, en suspension dans le sérum ou précipités au fond du tube, et, si la force agglutinante est suffisante, ils se fondent en une masse unique, en coagulum qui se moule sur le tube qui le reçoit et prend, par suite, l'aspect d'une cupule.

La constatation inverse peut être faite aisément si, au lieu d'étudier une infection pneumococcique à sa période de début, on la suit pendant un certain temps dans la convalescence. On voit alors le pouvoir agglutinatif décroître, la fausse membrane se dissoudre en amas microscopiques, l'amas faire place à la chaînette et finalement la chaînette se résoudre en diplocoques.

La recherche de la séroréaction pneumococcique rendra surtout des services dans les cas de localisation extra-pulmonaire du pneumocoque, dans lesquels l'absence de pneumonie enlève au clinicien, un des éléments capitaux de diagnostic. Ces lésions primitives peuvent être frustes ou latentes ; elles sont souvent, par leur siège, inaccessibles à l'investigation bactériologique directe ; la détermination même de ce siège ne constitue généralement pas un élément utile de diagnostic étiologique, puisque des agents pathogènes différents peuvent être incriminés.

Dans des cas cliniques difficiles, nous avons pu, grâce à la séroréaction pneumococcique, dépister une affection latente à pneumocoques, ou rectifier un diagnostic primitivement erroné.

Chez un vieillard asystolique, on pratiqua un jour, dans le service de M. Chauffard, une légère saignée. On ensemença son sérum avec du pneumocoque, dans le but d'avoir un tube témoin, comparatif, à coté d'une culture sur sérum de malade pneumococcique. Il se trouva que ce sérum de cardiaque présenta une agglutination microscopique très nette. Or, un examen plus approfondi de ce malade permit de découvrir une pleurésie purulente, à pneumocoques, demeurée latente jusque-là.

Un malade chez lequel M. Dieulafoy avait diagnostiqué une pleurésie médiastine, rendit, par vomique, un pus, dont la nature bactériologique ne put pas être déterminée. La séroréaction, nettement positive, nous permit de mettre le pneumocoque en cause, et l'évolution ultérieure de la maladie (guérison après vomique, sans intervention chirurgicale) confirma cette hypothèse.

Chez une femme présentant, au cours d'un rétrécissement mitral, des phénomènes dyspnéiques avec accès paroxystiques très angoissants, on avait porté le diagnostic d'embolies pulmonaires. Le sérum de la malade agglutinait fortement le pneumocoque. L'autopsie montra qu'il s'agissait, non de foyers d'apoplexie, mais d'une pleurésie enkystée, diaphragmatique, à pneumocoques.

Dans un cas de méningite de l'adulte, à évolution aiguë, le résultat négatif de la séroréaction nous fit pencher pour la nature non pneumococcique de la lésion : l'autopsie révéla une méningite tuberculeuse. Il en fut de même dans un cas de péritonite qui, par ses allures cliniques (fièvre, aspect phlegmoneux de la région ombilicale), permettait de songer à la péritonite à pneumocoques, l'agglutination avait toujours manqué : la laparotomie mit en évidence la nature tuberculeuse de la lésion péritonéale.

Les résultats obtenus dans un cas de bronchite capillaire, d'endocardite infectieuse, d'arthrite et synovite primitives, ont montré le parti qu'on pourra tirer de la recherche de la séroréaction pneumococcique, dans certains cas d'interprétation étiologique obscure.

La conclusion qui se dégage immédiatement de l'analyse de tous ces faits, c'est que, dans un certain nombre de circonstances, la séroréaction pneumococcique peut présenter une véritable utilité pratique.

Le sérodiagnostic pneumococcique ne doit être qu'un des éléments du diagnostic général de la maladie ; il demande à être interprété et n'a de valeur pratique qu'entre les mains d'un clinicien.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement de la variole.

Par M. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux de Paris (1).

Dans ces derniers mois, la variole a fait sérieusement parler d'elle. Si l'épidémie n'a pas pris, à Paris au moins, une extension bien grande, ni une allure très inquiétante, c'est sans doute grâce aux soins qu'on a mis à arrêter de suite la possibilité de cette extension.

Partout les revaccinations ont été obligatoires.

Mais, le sujet étant redevenu d'actualité, nous croyons qu'il n'est pas inutile d'indiquer, en quelques lignes, les moyens, dont la thérapeutique dispose pour combattre la maladie *dès qu'elle est constituée.* C'est dire que nous laisserons de côté complètement, tout ce qui a trait à la vaccine et à la vaccination.

Il faut avouer — cet aveu devant nous faire pardonner d'aborder un sujet trop connu — que la thérapeutique de la variole n'a rien de bien nouveau à son actif : quelques méthodes, on peut les compter aisément, ont été récemment imaginées. Nous dirons sur quoi elles reposent et quels paraissent en être les résultats.

En deux mots, rappelons que tous les moyens hygiéniques doivent être mis en œuvre pour aider à la conduite de la maladie à bonne fin. Ces moyens tendent — tout le monde le sait — à aérer et à isoler le malade, qui habitera une chambre spacieuse, dont la température ne dépassera pas 15 ou 17 degrés ; les fenêtres en seront, plusieurs fois par jour, largement ouvertes ; les draps, le linge seront très fréquemment renouvelés.

Sydenham insistait beaucoup sur ce fait, que la trop grande chaleur était certainement nuisible. Il rapportait, à l'appui de son dire, l'observation suivante :

(1) *Gazette des hôpitaux.*

« Un jeune homme atteint de variole, chez lequel on avait cherché à provoquer la chaleur par tous les moyens possibles, tomba dans un état d'anéantissement qu'on prit pour la mort. Dans cette persuasion, les personnes qui le veillaient l'enveloppèrent d'un linceul et le placèrent tout nu sur une table. Le malheureux ne tarda pas à éprouver l'heureuse influence du refroidissement. »

Il y a peu de chose à faire pendant la période d'invasion. Delioux de Savignac employait, pour favoriser l'éruption, l'acétate d'ammoniaque. Sa formule était la suivante :

Acétate d'ammoniaque...		15 grammes.
Eau de menthe.........	âà	30 —
Eau de fleurs d'oranger.		
Eau de mélisse.........		
Sirop d'éther...........	âà	20 —
Sirop de capillaire.....		

par cuillerées à bouche d'heure en heure.

On essaiera, contre la rachialgie si douloureuse souvent et si tenace, les baumes, les liniments calmants ordinaires.

L'éruption apparaît :

Est-elle discrète, il n'y a guère lieu d'intervenir ; est-elle confluente, on doit tout mettre en œuvre pour l'empêcher de suivre son cours, pour éviter les cicatrices indélébiles qu'elle occasionne.

Déjà les Arabes, pour prévenir la résorption du pus et l'érosion de la peau, avaient imaginé de percer le sommet des pustules avec une lancette ou des ciseaux et d'évacuer la partie liquide par les orifices ainsi pratiqués.

Dans la suite, on essaya de traiter l'éruption, soit par la méthode évacuatrice, préconisée par Serres et Velpeau, et qui consiste à ouvrir chaque vésicule et à la cautériser avec le nitrate d'argent, (cette méthode est complètement abandonnée) ; soit, et avec plus de succès, par les masques abortifs.

Zimmermann a signalé le premier la propriété de l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, pour arrêter l'évolution des pustules varioleuses.

Serres se servait de l'emplâtre mercuriel découpé en petites bandes et dont il faisait un masque complet sur la figure.

Briquet employait l'onguent mercuriel mélangé à l'amidon. Revilliod recouvrait les pustules de la face du mélange suivant :

Onguent napolitain.......	20 parties.
Savon....................	10 —
Glycérine................	4 —

Graves employait des solutions de gutta-percha.

Delioux de Savignac préconisait l'emploi du collodion au sublimé. Cette dernière préparation doit être essentiellement proscrite. (Comby a publié un cas où elle aurait entraîné la mort.)

Dujardin-Beaumetz était revenu au procédé primitif de Zimmermann. Il procédait ainsi : il appliquait, sur le visage, de l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, en masse emplastique, et en recouvrait avec soin toutes les parties de la face, puis saupoudrait le tout avec la poudre d'amidon.

M. Talamon a proposé, comme moyen abortif, les pulvérisations au sublimé. La solution employée pour ces pulvérisations est la suivante :

Sublimé..............	âà	20 grammes.
Acide citrique		
Alcool à 90 degrés......		100 —
Ether................		Q. S. —

pour remplir un flacon d'un litre.

A ces pulvérisations qu'il convient de faire avec un pulvérisateur de Richardson, M. Talamon ajoute des badigeonnages de glycérolé de sublimé :

Sublimé...............	1 gramme.
Glycérine.............	15 —

Si cette pratique n'empêche pas complètement la formation des cicatrices, elle en diminue d'une façon très nette le nombre et la profondeur.

Bientôt, enfin, survient la période de suppuration : phase critique entre toutes ; contre elle, seront surtout dirigés les efforts de la thérapeutique antiseptique. Les bains et les lotions de sublimé sont d'excellents moyens.

Les pommades à la résorcine au 50e, à l'ichtyol (5 p. 100), à l'iodoforme (3 p. 100), au salol, peuvent aussi être utilement employées.

Du Castel préconise l'huile phéniquée au 10e.

L'attention du médecin est souvent aussi attirée vers la cavite buccale, où l'éruption amène une salivation abondante et surtout un gonflement très douloureux de l'isthme du gosier ; ici encore, il convient d'appliquer les règles de l'antisepsie la plus minutieuse : lavages de la bouche, du nez et des yeux avec la solution boriquée ; badigeonnages toutes les deux heures avec un mélange de salol et de glycérine à parties égales, ainsi que le prescrit avec succès M. Talamon.

Les pustules des conjonctives et de la cornée doivent être touchées légèrement avec le pinceau imbibé d'une solution de nitrate d'argent.

C'est au moment de la suppuration et de la période de dessiccation qu'il faut avoir recours à la balnéation complète. C'est Rhazès qui le premier, dit l'histoire, a songé à employer les bains froids dans la variole. Le capucin Provida (1) traitait la variole par la glace ; il faisait boire à ses malades de 900 à 1,200 grammes d'eau glacée. Currie usait aussi des affusions froides et des tisanes glacées dans la variole. D'après Bohn, le bain froid rendrait l'éruption variolique plus discrète. Desnos et Huchard ont aussi expérimenté cette médication. Clément (de Lyon) donnait les bains suivant la méthode de Brandt.

Les bains froids ne sont guère indiqués qu'au cas d'hyperthermie. Beaucoup d'auteurs préfèrent les bains tièdes, auxquels on peut ajouter du sublimé (10 grammes par bain).

Dressons rapidement la liste des médicaments employés dans la variole. Le *xylol* a été recommandé par Zuelzer ; le *sarracenia purpurea* fut préconisé comme antivariolique, par Chalmers ; la *kairine* a été employée par Faenhrich ; l'acide phénique par Chauffard, le perchlorure de fer par Guisson, le salicylate de soude fut vanté par différents auteurs.

L'usage de l'opium dans la variole date de loin. Sydenham administrait 16 gouttes de son laudanum dans une potion. Cette pratique fut adoptée par Morton, Boerhave, van Swieten, de Haen.

(1) Dujardin-Beaumetz. *Clinique thérapeutique*, vol. III.

Du Castel, depuis 1881, associe l'éther à l'opium. Sa pratique est, à coup sûr, une des meilleures. Elle consiste à donner simultanément l'opium et l'éther à hautes doses (deux injections sous-cutanées d'éther par jour : l'une le matin, l'autre le soir).

Les malades prennent dans le courant de la journée, par doses fractionnées, une quantité d'extrait thébaïque, qui est habituellement de 20 centigrammes pour les hommes, et de 15 centigrammes pour les femmes.

A l'administration de l'éther et de l'opium, qui sont la base du traitement, Du Castel associe le plus souvent l'usage du perchlorure de fer, à la dose de xx gouttes par jour.

Par cette méthode, la suppuration peut manquer, l'éruption s'arrête dans son développement, les papules et les vésicules restent petites.

Ayant constaté accidentellement que chez les sujets qui prennent du salol à haute dose contre la cystite, les piqûres de moustique ne provoquent pas la formation de phlyctènes, le docteur Begg a eu l'idée d'utiliser ce même médicament dans la variole, espérant éviter ainsi la transformation des éléments éruptifs en pustules. Cette prévision, dit l'auteur, s'est réalisée.

Le docteur Cros (1) administre l'iodoforme à hautes doses, sous forme de pilules renfermant chacune trois centigrammes de substance, que le malade prend à intervalles réguliers, une toutes les trois, quatre ou cinq heures. « Presque toujours, dit-il, dès les premières doses d'iodoforme, la température s'abaisse, les phénomènes généraux s'amendent et l'éruption avorte, si la médication a été constituée dès les premiers symptômes. »

Finsen (de Copenhague) a proposé un traitement de la variole que l'on a désigné sous le nom de procédé de la chambre rouge. Il consiste à placer les varioleux dans une chambre où ne pénètrent que les rayons rouges du spectre solaire. Œttinger, qui a essayé cette méthode, prétend qu'elle a pour effet de rendre l'évolution de l'éruption plus rapide, de prévenir la formation des cicatrices, et la fréquence des accidents dus à la suppuration.

Notons, enfin, le traitement de la variole par le sérum antistreptococcique, tenté par Lindsay. L'auteur, ayant remarqué que la mort survenait de préférence entre trois et cinq jours, après le début de la dessiccation des pustules, en conclut que l'infection purulente était due à des microbes pyogènes, pénétrant par les vésicules et à l'absorption de leurs produits toxiques. Il eut alors recours au sérum antistreptococcique et crut remarquer qu'avec lui la période critique qui suit la résorption des pustules était écourtée, l'intensité de la toxémie très amoindrie, la tendance à la défaillance cardiaque et au collapsus très diminuée.

Enfin, au cours de l'épidémie actuelle de variole, qui règne à Marseille depuis le mois d'octobre dernier, le docteur Boy Tessier a eu l'occasion de soigner d'assez nombreux cas de variole, hémorragique; il eut l'idée d'essayer le sérum gélatiné contre cette forme si redoutable de l'infection.

Les premiers résultats obtenus par lui ont été plutôt favorables. C'est une expérience intéressante, dont il faut attendre encore les résultats.

Tels sont les différents moyens que l'on peut employer dans le traitement de la variole.

(1) Gros. *Revue méd. de l'Afrique du Nord*, fév. 1900.

REVUE DE LA PRESSE ANGLAISE

Un vaccin de la fièvre typhoïde

Le vaccin de la fièvre typhoïde nous viendra-t-il d'Angleterre, comme jadis celui de la variole ?

Un pas, dans cette voie, vient d'être fait par deux médecins militaires, professeurs à l'école de Netley, MM. Wright et Leishman, qui ont préconisé, tout récemment, une nouvelle méthode d'inoculation préventive contre la fièvre typhoïde, analogue — par son but — à la vaccine antivariolique. Bien que jusqu'à ce jour, leurs travaux n'aient guère été mentionnés dans la presse scientifique française, ils ont provoqué cependant à Londres une réelle émotion, à la fois dans le corps médical et dans le public en général.

Pour nos voisins d'outre-Manche, ces recherches sont intéressantes, non seulement au point de vue scientifique, mais encore... au point de vue... politique ! On n'ignore pas, à Londres, que la fièvre entérique est un ennemi particulièrement redoutable pour les corps d'armée opérant au Transvaal ; aussi, dans ces circonstances, l'inoculation prophylactique d'un vaccin, contre cette maladie, est-elle devenue un événement d'une certaine importance.

En France, à Paris en particulier, nous avons été assez éprouvés, depuis quelque temps, par la fièvre typhoïde, pour attacher à notre tour un réel intérêt à cette question. L'épidémie qui a sévi l'an dernier et qui continue encore à sévir dans nos murs — et dans nos lycées — donne à tout ce qui intéresse cette affection un regain d'actualité.

D'ailleurs, les études des Drs Wright, Semple et Leishman, successivement publiées par le *Lancet* et le *British Medical Journal*, ont une indiscutable valeur scientifique. Si elles ne permettent pas encore d'établir des conclusions définitives, elles peuvent toutefois se réclamer du chiffre respectable de 3.000 inoculations, réparties sur une période de quatre années d'expériences.

En quoi consiste donc ce vaccin antityphique ?

Tout d'abord, il n'a rien de commun avec les sérums et les lymphes, car il n'emprunte pas le sang ou les tissus des animaux vivants.

S'appuyant sur d'autres principes, il se rapproche plus étroitement, par ses caractères généraux, de la substance employée par Haffkine, dans ses essais sur le choléra.

Considérant qu'une première atteinte de fièvre entérique ou plutôt une première absorption de toxines typhiques, rend l'organisme réfractaire, dans une certaine mesure, à une infection nouvelle, MM. Wright, Semple et Leishman se sont proposés de produire artificiellement cette introduction de toxines.

Ils prennent une culture pure du bacille typhique avec ses toxines et la soumettent à une température de 60°, de façon à détruire ou tout au moins à atténuer notablement, par la chaleur, la vitalité du microbe. De la sorte, ce dernier ne peut plus produire de nouveaux poisons ou

il n'en sécrétera qu'en qualité et quantité suffisamment amoindrie, pour que, toujours, il puisse être injecté à l'homme sans danger.

Une telle inoculation, toutefois, détermine habituellement une réaction générale nettement appréciable, et même, dans quelques cas, assez violente. En réalité, le sujet vacciné passe cliniquement par une sorte d'attaque de fièvre typhoïde, modifiée quant à son acuité et à sa nature. Si les bacilles ont été tués, la réaction, quelqu'intense qu'elle puisse être, est généralement de courte durée. Si, au contraire, le microbe n'est pas mort, le processus est alors plus prolongé ; il est probable aussi que la protection qu'il confère est elle-même plus grande et s'étend sur une période de temps plus considérable.

Actuellement il convient, sans doute, de s'en tenir aux cultures mortes. Lorsque la question sera mieux connue, les virus vivants pourront être employés, dans le but d'obtenir une immunisation supérieure.

En résumé, le vaccin antityphique, des auteurs anglais, n'est autre chose qu'une culture pure de bacille de la fièvre typhoïde, dans du bouillon ou sur l'agar-agar, atténuée par la chaleur.

L'action préventive de ce nouveau vaccin se prolonge pendant une période de temps assez notable : déjà la preuve a été faite qu'elle persiste au moins 18 mois et 2 ans.

On a observé, en effet, que le sérum sanguin de toute personne inoculée suivant cette méthode prophylactique, montrait. longtemps après l'inoculation, la réaction de Widal, c'est-à-dire s'agglutinait sous l'influence du bacille typhique virulent.

Or, cette épreuve, nous le savons, n'est habituellement positive que chez les malades atteints ou ayant été atteints de fièvre continue.

A ce premier fait viennent se joindre les éléments statistiques, dont nous allons parler maintenant.

Au cours d'une tournée d'inspection sanitaire aux Indes, le Professeur Wright eut l'occasion d'employer son vaccin sur un nombre assez considérable d'hommes, car sur 11.000 soldats répartis en différents régiments et en diverses villes, 2.835 furent soumis à l'injection préventive de vaccine antityphique.

Avant d'établir, par des chiffres, les résultats obtenus, les auteurs présentent quelques remarques sur les conditions générales dans lesquelles les essais furent pratiqués.

Dans la majorité des cas, ils eurent à opérer sur de jeunes recrues, non habituées au climat, nouvellement débarquées, par conséquent beaucoup plus facilement accessibles à la fièvre entérique que les anciens soldats acclimatés.

On sait bien, en effet, que si la fièvre typhoïde sévit dans les casernes ou en campagne, elle fait toujours un plus grand nombre de victimes parmi les hommes fraîchement arrivés, que parmi les vieux troupiers qui lui ont maintes fois échappé, dans de précédentes étapes. Par conséquent, les sujets vaccinés dont parle cette statistique, étaient précisément ceux qui devaient, dans les circonstances ordinaires, fournir à la fièvre le plus fort contingent.

Malgré cela nous trouvons que sur 2.835 soldats inoculés, 28 seulement, soit 0,95 pour cent, prirent la fièvre typhoïde et 5, soit 0,2 pour cent moururent, alors que sur 8.470 vieux troupiers aguerris, non inoculés, 213 ou 2,5 pour cent contractèrent la maladie et enfin 23, soit 0,34 pour cent y succombèrent. Ces chiffres sont donc nettement en faveur de l'inoculation.

En outre, les auteurs ont noté le fait suivant, de moindre importance, il est vrai : les atteintes de fièvre typhoïde, parmi les individus inoculés, ont été plus légères et moins graves d'une manière générale.

Il faut tenir compte enfin, ajoutent MM. Wright et Leishman, des conditions très défavorables au milieu desquelles le vaccin fut préparé. Nous dûmes, disent-ils, faire les injections en différentes villes et la provision de vaccin prise en Angleterre, au moment du départ étant notablement insuffisante ; nous avons été contraints d'en préparer en route, non sans certaines difficultés.

En particulier, en raison de l'impossibilité de vérifier facilement la stérilité de nos cultures, nous avons dû procéder, par mesure de prudence, à toute une série de stérilisations à 60° qui ont peut-être influencé défavorablement nos expériences, en affaiblissant la force du vaccin. Nos essais ont donc été faits dans des conditions bien éloignées de l'idéal, ce qui augmente d'autant leur valeur.

Corps étranger de l'urèthre.

M. Arthur Hawley rapporte, dans le *British Medical Journal* du 19 mars, l'observation clinique suivante :

Il y a quelque temps, dit-il, un malade se présenta chez moi, une nuit, à 11 h. le soir, se plaignant d'un léger suintement sanguin par le penis. En le questionnant, il m'avoua avoir introduit dans son urèthre, une épingle à chapeau de femme, de six pouces de long, qu'il avait brisée en essayant de l'extraire ; il en restait dans le canal à peu près un pouce et demi.

En examinant le patient, je sentis dans le périnée, en face l'anus, la boule de verre constituant la tête de l'épingle et je perçus l'extrémité antérieure brisée de cette dernière, au niveau du scrotum. Je m'armai de divers instruments dont l'emploi me vint à l'esprit, mais je ne réussis pas à extraire le corps du délit.

Je conseillai, finalement, au malade de retourner chez lui et de garder le lit : la seule intervention possible me semblait alors l'ouverture du périnée.

En revoyant cet homme le lendemain matin, je le trouvai au lit, très à son aise. Il avait eu une petite hémorrhagie par le canal et l'urine avait pu passer.

J'essayai encore d'atteindre l'épingle avec des pinces-longues, sans plus de succès. A ce moment, le malade lui-même me suggéra d'employer le fer à friser de sa femme (1), instrument constitué par deux branches, l'une concave, l'autre convexe et pleine, fixées à deux manches en bois : la branche convexe pénètre dans la branche concave pour constituer un véritable forceps. Je passai l'instrument fermé le long de la paroi inférieure de l'urèthre et je réussis

(1) Sans doute, le malade du Dr Hawley avait déjà manœuvré lui-même cet instrument dans son urèthre... le fer à friser et l'épingle de sa femme avaient probablement été utilisés par lui au même usage ! De là son initiative, d'ailleurs originale, auprès de notre confrère.

à saisir l'extrémité brisée de l'épingle qui fut facilement extraite par une traction soutenue.

Traitement de la variole et des prurits en général par le salol.

A la *Société médico-chirurgicale d'Edimbourg*, M. Charles Begg vient de préconiser l'emploi du salol dans le traitement des éruptions varioliques et des dermatoses prurigineuses.

Cette méthode a été suggérée à l'auteur par un de ses malades qui fit un jour sur lui-même la remarque suivante : d'une manière générale, en temps habituel, il était extrêmement sensible aux morsures de moustiques. Or, au cours d'une affection intestinale, le Dr Begg lui prescrivit quotidiennement 4 grammes de salol et il observa que, dans ces conditions, les attaques des moustiques étaient sans effet sur son organisme. Les morsures de ces animaux se voyaient parfaitement sur sa peau, mais elles ne s'accompagnaient d'aucune réaction, ni enflure, ni irritation quelconque.

M. Begg recommanda alors le salol contre les affections irritatives de la peau — eczéma aigu, prurigo, etc. — et il put confirmer encore la valeur thérapeutique du médicament.

S'appuyant sur ces faits, il eut l'idée de l'appliquer au traitement de la variole et il en obtint de remarquables résultats.

Le salol débarrasse le patient de tout sentiment d'irritation et de tout besoin de se gratter. Quiconque connaît tant soit peu la variole, verra immédiatement l'importance de cette action, qui éloigne ainsi la fatigue des nuits sans sommeil et l'épuisement des forces, dû au suintement des vésicules et des pustules excoriées par le grattage, etc.

Le salol arrête généralement l'évolution morbide des vésicules qui restent à l'état de simples vésicules, peu d'entre elles, grâce à son influence, arrivant à complète maturation.

Chez un homme de 60 ans, atteint de variole confluente, deux groupes seulement de vésicules, un sur chaque bras, arrivèrent au stade pustuleux. Dans tous les autres points, la lymphe sécha. Le soulagement des démangeaisons fut très marqué et nettement lié à l'administration du salol, puisqu'il cessait lorsque la dose du médicament était elle-même réduite.

Envisageant les inconvénients possibles de cette drogue, M. Begg dit : le salol aurait, paraît-il, causé une fois la mort à la dose de 7 grammes administrés en 8 heures. Mais la mort s'étant produite 4 jours seulement après, il serait nécessaire d'avoir plus de détails sur ce cas.

Le salol s'élimine très lentement et se décompose en ses deux éléments, phénol et acide salicylique, dans l'intestin. Ceux-ci se trouvent en abondance dans l'urine qui noircit sous leur influence. Toutefois, ils s'éliminent aussi, en quantité notable, par les poumons et la peau, car l'odeur de fruit, caractéristique du médicament, devient rapidement perceptible dans la chambre à coucher du malade. Les résultats cliniques observés trouvent ainsi leur explication : les principes médicamenteux éliminés par la peau peuvent agir sur les terminaisons nerveuses cutanées et atteindre les vésicules, plus sûrement même que l'aiguille de Pravaz.

Dr P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'encombrement médical

L'article suivant, publié par M. E. de Lavarenne dans la *Presse médicale*, est un document que nous devons mettre à la disposition de ceux de nos confrères, qui se consacrent à l'étude des remèdes à apporter à l'encombrement médical et à ses conséquences.

Le mouvement médical professionnel.

La statistique du ministère de l'Intérieur relative au personnel médical de France et d'Algérie, qui vient de paraître récemment, porte sur l'état des médecins en 1898. La statistique précédente était de 1896, l'année du dernier recensement. Il est intéressant, au point de vue professionnel, de les comparer l'une à l'autre, afin de se rendre compte du mouvement du personnel médical dans ces toutes dernières années.

Dans un précédent article, paru dans *La Presse médicale* le 24 mars dernier, j'ai montré que le soi-disant encombrement de la profession médicale, provenait, non pas du trop grand nombre de médecins, mais de leur inégale répartition, de l'abandon de la province pour la capitale, de l'abandon de la campagne pour les villes.

A cela, rien d'étonnant. Pour des raisons multiples qu'il n'y a pas lieu d'étudier ici, depuis cinquante ans, la population urbaine se développe considérablement aux dépens de la population rurale, et dans des proportions inquiétantes. C'est ainsi que, en 1846, 24,5 pour 100 seulement de la population résidait dans les villes ; en 1876, on arrivait déjà à 31 pour 100 ; et l'on atteignait 39 pour 100 en 1896. Les médecins ne font donc que suivre le mouvement économique général. Et nous allons nous en assurer, en recherchant combien il y a eu de nouveaux médecins et comment ils se sont répartis sur notre territoire au cours de ces deux années 1897 et 1898.

Tout d'abord, on peut constater que leur nombre a sensiblement augmenté. En 1876, il était de 14.376 pour 36.906.000 habitants, soit 1 pour 2.568 habitants ; en 1896, 15.017 pour 38.517.975 habitants, soit 1 pour 2.565 ; en 1898, 16.048, soit 1 pour 2.410 habitants, si l'on calcule sur une population de 38.679.175 habitants, chiffre basé sur l'augmentation moyenne annuelle de 1876 à 1896, époque du dernier recensement.

En somme, si de 1876 à 1896, en vingt ans, le nombre des médecins ne s'était accru que de 641, de 1896 à 1898, en deux ans, il a augmenté de 1.031.

1876....	14.376	1 p. 2.568	
1896....	15.017	1 p. 2.565	+ 641
1898....	16.048	1 p. 2.410	+ 1.031

En considérant le nombre de médecins reçus en 1896-1897 et en 1897-1898, on voit qu'il y en a eu 2.286 ; en défalquant les étrangers, mettons 2.000 en chiffres ronds. Si, maintenant, l'on rapproche ce chiffre 2.000, de 1.031, constituant l'augmentation des médecins pratiquant, payant patente, dans ces deux mêmes années, on voit qu'actuellement il disparaît en moyenne 500 médecins par an, et qu'il s'en établit 1.000 nouveaux.

Pour peu que cette proportion se maintienne, nous atteindrons bientôt les chiffres de 1847, époque où il y avait un médecin pour 2.020 habitants ; cela ferait, au taux actuel de la population, 19,000 médecins, et nous les aurions dans six ans environ. Et ce calcul a quelque chance de ne pas porter à faux. En effet, depuis 1896, le nombre des étudiants en médecine inscrits dans les diverses Facultés n'a guère varié, oscillant de 7.319 à 7.413 ; il y a donc toute certitude pour que le nombre des nouveaux docteurs soit encore, à quelques unités près, le même pendant cinq à six ans, qu'il l'a été ces dernières années.

Voyons maintenant la répartition de ces 1031 nouveaux médecins. Où se sont-ils installés ?

Des 87 départements, quant au nombre des médecins, un seul est resté stationnaire, la Côte-d'Or, — 11 ont perdu : Dordogne, 8 ; Pyrénées-Orientales et Corrèze, 5 ; Gers, Landes, Tarn-et-Garonne, 3 ; Basses-Alpes, Aveyron, Cantal, Eure, 2 ; Aude, 1; soit 36 au total. — 75 ont gagné, en particulier ; Seine, 299 ; Nord, 61 ? Seine-et-Oise, Rhône, 43 ; Haute-Garonne, 33 ; Alpes-Maritimes, 27 ; Ille-et-Vilaine, 26 ; Loire-Inférieure, 23; Aisne, 22, pour ne citer que les chiffres les plus importants.

Combien de ces médecins, dans les 75 départements où ils sont allés s'établir, ont choisi les villes ?

Paris est hors de pair : 299 nouveaux médecins, y compris la banlieue.

Les villes au-dessus de 100.000 âmes, au nombre de 13, s'en sont partagé 102 : Lyon et Marseille, chacune 21 ; Lille, Toulouse, Nice, 18 ; Roubaix, 9 : Bordeaux, 8 ; Nantes, le Havre, 7 ; Rouen, Reims. 3 ; Saint-Etienne, 2.

Les villes de 30.000 à 100.000 âmes, au nombre de 41, ont eu 119 nouveaux médecins. Parmi elles, quelques-unes n'en ont pas gagné : Calais, Versailles, Saint-Quentin, le Creusot, Périgueux ; d'autres en ont perdu, mais peu : Limoges, 2 ; Orléans, Poitiers, Cette, 1.

Les villes de 20 à 30.000 âmes ont eu 57 médecins nouveaux ; ils se sont répartis dans 31 villes, car 6 villes ont perdu 12 médecins, et 19 sont restées stationnaires.

Les 110 villes ayant de 10 à 20.000 habitants ont eu 77 médecins nouveaux ; 45 n'ont pas changé ; 49 ont augmenté ; 16 ont diminué, une seule a perdu 2 médecins, c'est Brive.

En somme, sur 1.031 nouveaux médecins qui se sont établis au cours des années 1897 et 1898, 299, c'est-à-dire près du tiers, sont restés à Paris et dans le département de la Seine. Sur les 732 restants, 298 sont allés dans des villes ayant plus de 100.000 habitants ; les autres, 433, dans les villes au-dessous de 10.000 habitants. C'est, en réalité, 598 médecins pour les 10.535.918 habitants des grandes villes et 433 seulement pour les 28.142.257 habitants des petites villes et de la campagne.

Un pourcentage permettra, d'ailleurs, de se rendre mieux compte des choses : sur 100 nouveaux médecins il y en a 57 qui vont dans les villes, et 43 dans les petites villes et la campagne. Ces chiffres sont inversement proportionnels à ceux qui établissent le rapport entre la population urbaine et la population rurale : 39 pour 100 urbaine, et 61 pour 100 rurale.

Que conclure de ces constatations ? Que, dans la profession médicale, le mouvement vers les grandes villes est plus accentué qu'il ne devrait l'être ; qu'il est hors de proportion avec le taux normal de la population ; qu'il en résulte des encombrements locaux, alors que certaines régions, et non les plus pauvres, sont absolument dépourvues de secours médicaux.

Ces faits m'ont semblé ressortir nettement de l'étude statistique à laquelle je me suis livré et dont j'aurai à m'occuper de nouveau, persuadé qu'il y a grand intérêt à indiquer aux jeunes médecins en quête d'une situation, là où ils peuvent avoir quelque chance de réussir rapidement, là, au contraire, où ils courent risque de longuement végéter.

E. DE LAVARENNE.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Les contrats des médecins et des Sociétés de Secours mutuels.

L'arrêt du tribunal de Charleville que nous avons publié au n° 38 de l'année 1898 vient d'avoir son pendant en Maine-et-Loire.

TRIBUNAL CIVIL D'ANGERS.

Audience du 30 décembre 1899.

Attendu que, aux termes de l'article treize de la loi du premier avril mil huit cent quatre-vingt-dix-huit, la Société de Secours mutuels de la commune de Bécon, régulièrement constituée et administrée, a le droit d'ester en justice par son président.

Attendu, au fond, que le neuf novembre mil huit cent quatre-vingt-seize, le Conseil d'administration a confié à Clisson, présent à la séance et acceptant, le service médical de la Société, moyennant une rétribution de douze cents francs pour l'année mil huit cent quatre-vingt-dix-sept ;

Que le trente et un décembre mil huit cent quatre-vingt-seize, par lettre qui sera enregistrée, en même temps que le présent jugement, le président a confirmé à Clisson cette détermination ;

Que, aux termes de l'article trente-trois des statuts, le service médical est arrêté par le Conseil ;

Que, dans ces conditions, le Conseil avait qualité pour obliger la Société vis-à-vis de Clisson, qu'il importe peu que la décision du Conseil n'ait pas été approuvée par l'Assemblée générale du dix janvier mil huit cent quatre-vingt-dix-sept et que, de ce chef, les articulations des défendeurs ne sont pas concluantes, qu'il faut en conclure que Clisson justifie sa demande en paiement de la somme principale de douze cents francs ;

Que la fourniture d'un appareil de douze francs à l'un des membres de la Société n'est pas contestée ;

Qu'il est vrai que le président seul devait être, comme représentant utile de la Société, assigné par Clisson, mais que les membres du Conseil d'Administration également envisagés ès qualité dans l'instance, se sont rendus irrecevables à exciper de cette surabondance de procédure, en concluant d'abord à son insuffisance et implicitement à la nécessité de l'envisagement de tous les sociétaires.

Par ces motifs, sans s'arrêter ni aux conclusions d'irrecevabilité, ni aux conclusions subsidaires des défendeurs, afin, soit de comparution des parties, soit d'enquête, le tribunal condamne la Société défenderesse à payer à Clisson la somme de douze cent douze francs avec les intérêts de droit et les dépens dont distraction est prononcée au profit de maître Lenfantin, avoué, sur ses affirmations de droit.

TRIBUNAL DE PAIX DU CANTON NORD DE DOUAI.

(Audience du 29 mars 1900).

Responsabilité et fixation d'honoraires d'après la loi sur les accidents.

Nous Juge de Paix, parties entendues, vidant notre délibéré,

Vu l'article 4 de la loi du 9 avril 1898,

Attendu que par exploit de Boisseau, huissier à Douai, en date du 24 mars 1900, enregistré, le Sr Pollet, docteur en médecine demeurant à Douai a fait citer le Sr Saphore, pris en sa qualité d'Ingénieur gérant de la Compagnie des eaux de Douai, pour avoir paiement d'une somme de soixante francs, produite par le prix forfaitaire de douze francs, pour chaque accident, et à lui due pour des soins donnés à des ouvriers de cette Compagnie blessés à l'occasion du travail pendant le 4e trimestre 1899 et les deux premiers mois de 1900.

Que le Sr Saphore a, par l'organe de son mandataire, conclu à ce qu'il nous plaise lui donner acte de ce que la Compagnie est prête et offrante comme elle l'a toujours été, dès avant toute instance, de tenir compte au Dr Pollet de ses honoraires tels qu'ils sont déterminés par la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail ; Dire en conséquence qu'il devra justifier de l'application faite par lui pour le calcul des dits honoraires, du tarif adopté dans le département du Nord pour l'assistance médicale gratuite, et faute par lui de ce faire, le déclarer autant non recevable que mal fondé en sa demande, l'en débouter et le condamner aux dépens.

Sous toutes réserves.

Attendu qu'aux termes de l'article 4 de la loi précitée, le Chef d'entreprise doit supporter les frais médicaux, et que dans le cas où l'ouvrier blessé a lui-même choisi son médecin, la loi a décidé, pour éviter des abus, que le chef d'entreprise ne serait tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de Paix, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département, en exécution de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite.

Attendu, en fait, que les ouvriers blessés et soignés se sont présentés porteurs d'un bulletin de la Compagnie d'Assurances « Le Secours » au médecin de leur choix ;

Attendu que, dans le département du Nord, le tarif sur l'assistance médicale gratuite n'existe pas ; que jusqu'au jour où il sera adopté, le Juge de paix doit trancher les différends visés par l'article 4 de la loi de 1898, en cherchant, ailleurs que dans un document inexistant, les éléments de sa décision ;

Attendu que la profession médicale ne peut être exercée qu'après de longues études chèrement payées, que le droit de l'exercer n'est en réalité, pour ceux qui l'ont obtenu, pas autre chose qu'un capital transformé, lequel doit, comme les autres capitaux, être productif pour celui qui le détient ; que le législateur de 1898 n'a peut-être pas suffisamment tenu compte, dans son indication, d'application du tarif médical gratuit, de ce fait qu'il venait lui-même substituer au débiteur pauvre et malheureux un chef d'entreprise ou une Compagnie d'assurance beaucoup moins pauvre et malheureuse ; qu'il a eu soin d'indiquer que cette précaution n'était prise qu'en vue d'éviter des abus, mais qu'il n'a certainement jamais cru que la réduction des Tarifs pourrait être telle qu'elle apporterait, aux médecins choisis, une véritable perte en échange et en récompense des services par eux rendus ;

Attendu que, pour les médecins plus que pour beaucoup d'autres « *le Temps est de l'argent* » ; qu'il est injuste de leur faire perdre, sans une suffisante rémunération, une parcelle quelconque de ce temps dont ils pourraient profiter pour accroître leurs revenus, que cet accroissement, qui peut n'être pas toujours du superflu, est particulièrement nécessaire dans les villes du Nord où les exigences de la vie matérielle sont grandes ;

Attendu que les idées humanitaires commandent de donner aux blessés malheureux tous les soins et tous les secours possibles ; que les intérêts des chefs d'entreprise, comme ceux des Compagnies substituées, sont, sur ce point et avec elles, en parfait accord ; qu'en effet les blessures bien soignées seront rapidement guéries, tandis qu'au contraire celles qui seront négligées détermineront des incapacités permanentes de travail nécessairement suivies d'indemnités parfois considérables, que la valeur représentative d'une seule de ces indemnités suffirait à assurer les meilleurs soins à mille cas de blessures légères ; qu'il n'est pas douteux que les médecins pourront leur consacrer plus de temps, et que ceux-ci leur consacreront d'autant plus de temps, qu'ils seront plus équitablement rétribués ;

Attendu que les accidents sans gravité sont heureusement les plus nombreux, mais que cependant chacun d'eux occasionne toujours la rédaction de deux certificats (dont l'un en double copie) et le plus souvent un nombre de visites qui varie, suivant les cas, de deux à dix ; que, pour la rédaction de ces certificats, comme pour les soins donnés, la responsabilité, au moins morale, du médecin traitant est toujours engagée, que, par suite, l'indemnité forfaitaire de douze francs ne paraît pas exagérée, alors surtout que dans le cas où le nombre des visites nécessaires serait considérablement augmenté, cette indemnité demeurerait immuable ;

Attendu que le prix à payer à forfait pour les honoraires dus pour chaque accident ne peut être établi par une volonté unique, qu'il doit l'être par le consentement des parties intéressées, et que jusqu'à présent la Compagnie des Eaux n'a pas donné le sien, qu'on ne peut pas assimiler à un consentement, même tacite, le fait que le Syndicat des médecins de Douai, ayant envoyé un projet de tarif élaboré par lui à la Compagnie Le Secours, et que la Compagnie des Eaux n'a rien répondu à cet envoi fait à une autre Compagnie qu'elle ;

Attendu que, des documents versés aux débats, il résulte que le Dr Pollet a, pour les cinq blessés qu'il a eu à soigner, établi et envoyé quinze certificats, fait vingt-trois visites et pratiqué deux opérations de petite chirurgie ; que le décompte du tout, même calculé à un tarif réduit, donne une somme totale supérieure à celle de 60 fr. réclamée et légitimement due, *mais qu'il nous est impossible de prononcer condamnation pour une somme excédant celle qui fait l'objet de la demande.*

Attendu que les offres faites par Saphore étaient insuffisantes et ne pouvaient tenir lieu de paiement.

Attendu que la partie qui succombe doit être condamnée aux dépens ;

Par ces motifs, statuant contradictoirement et en dernier ressort,

Donnons acte à la Compagnie défenderesse des offres par elles faites, mais disons ces offres non suffisantes et non libératoires ;

Condamnons Saphore, en la qualité qu'il est pris, à payer au Dr Pollet la somme de 60 fr. due pour honoraires, et le condamnons en tous les dépens.

Ainsi jugé par nous, Charles Jules Renard, juge de paix du canton Nord de Douai.

Pour copie conforme,
Dr A. POLLET.

N. D. L. R. Nous nous empressons de publier ce jugement où le langage de l'équité se fait éloquemment entendre. Exprimons un seul regret, réveillé par la lecture du passage que nous avons souligné, c'est que nos confrères de Douai aient bénévolement substitué à notre chiffre forfaitaire de 15 fr. celui de 12 fr. que le magistrat reconnaît comme insuffisant.

Tribunal civil de Caen

AUDIENCE DU 4 DÉCEMBRE 1899

Présidence de M. MOISY.

SAISIE-EXÉCUTION. — MÉDECIN. — CHEVAL ET VOITURE. SAISISSABILITÉ.

Le cheval et la voiture d'un médecin, quelle que puisse être leur utilité pour lui, ne sont pas insaisissables, comme le sont les outils d'un artisan (art. 592 C. pr. civ.).

Ainsi jugé dans les circonstances de fait précisées suffisamment par la décision qui suit, rendue sur les plaidoiries de Mes Delahaye et Liégard, avocats :

« Le Tribunal,

« Attendu que le sieur R... demande au Tribunal de déclarer insaisissables, conformément aux dispositions du n° 6 de l'art. 592 C. pr. civ., le cheval, la voiture, les harnais et la couverture saisis en sa possession, requête du sieur Morel, son créancier, par acte du ministère de Bouquerelle, huissier à Troarn, en date du 13 novembre 1899 ;

« Mais, attendu que l'art. 592 contient une dérogation au principe général qui veut que tous les biens d'un débiteur forment le gage de ses créanciers ; que ce texte ne saurait donc être étendu par analogie et que, pour en bénéficier, il faut rentrer limitativement dans les cas prévus ;

« Qu'il n'en est pas ainsi en ce qui concerne le sieur R... ; qu'en effet, celui-ci exerce la profession de médecin et ne saurait, par suite, être assimilé à « l'artisan » dont parle le texte ;

« Qu'on ne peut de même faire rentrer dans l'expression « outil », employée par le législateur, le cheval et la voiture d'un médecin, quelle que puisse être, d'ailleurs, leur utilité pour lui ;

« Qu'il convient, par suite, de dire à tort son action ;

« En ce qui concerne la demande reconventionnelle en 100 francs de dommages-intérêts, formée par le sieur Morel ;
« Attendu qu'elle n'est pas justifiée ;
« Qu'il suffit de condamner le sieur R... en tous les dépens, dans lesquels entreront ceux du référé du 14 novembre 1899 ;
« Par ces motifs,
« Dit à tort la demande du sieur R... ;
« Dit qu'il n'y a lieu à dommages-intérêts ;
« Condamne R... aux dépens, lesquels comprendront ceux du référé. »

CORRESPONDANCE

Monsieur et cher Confrère,

Dans votre numéro du 31 mars dernier, vous reproduisez une communication de notre estimable Confrère, le Dr Billon, de Dôle, au sujet d'un conflit qui a éclaté entre lui et la « Zurich » ; voici qui est encore mieux.

Dernièrement, dans le courant de janvier, j'informais l'agent général du « Secours » à Champagnole, que je ne délivrerais plus de certificats, qu'à condition d'être taxé d'après le tarif adopté par le Syndicat des médecins du Jura; or voici la réponse de cette aimable Compagnie, telle que me la communique son représentant à Champagnole :

« En réponse à votre lettre du 9 courant, nous « remettant une lettre de M. le Dr Tassard, accom« pagnée du tarif des honoraires du Syndicat du « Jura, nous vous informons que notre Compagnie « accorde uniformément à ses médecins-experts, « une somme de 10 francs au maximum, à titre « d'honoraires, par sinistre constaté, soigné et li« quidé ».

Voici le comble :

« Il nous est donc complètement impossible de « traiter avec un syndicat de médecins, que nou « nous refusons à connaître. »

Je soumettrai cette lettre, digne d'être encadrée, à nos confrères membres du Syndicat, et j'espère bien que l'on prendra une décision énergique à l'égard de cette Compagnie sans gêne, et que, si elle se refuse à connaître notre Syndicat, nous l'obligerons du moins à connaître nos tarifs, même pour les membres du Corps médical du Jura, ne faisant pas encore partie de notre Syndicat.

J'ai répondu au *Secours* comme il convenait, bien résolu à ne plus délivrer de certificat pour son compte J'espère que tous mes confrères en feront autant, et, en particulier, mes voisins, c'est-à-dire, ceux de Champagnole, puisque la Compagnie a un représentant général dans cette ville, ceux de Morez, Saint-Claude, etc....

Je vous serais bien obligé, Monsieur et cher Confrère, de livrer cette lettre à la publicité, en l'insérant dans un de vos prochains numéros ; car, cela décidera peut-être ceux, qui, parmi nous, sont encore hésitants, à prendre une attitude à l'égard des Compagnies d'assurances, à ne plus rester en arrière, en présence de la désinvolture avec laquelle elles voudraient nous traiter.

Veuillez agréer, etc...

Dr Tassard,
Saint-Laurent du Jura.

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Syndicat médical de Douai

Douai, le 11 avril 1900.

Mon cher Directeur,

Un industriel, assuré à la Compagnie le Secours, m'a adressé cinq blessés à son service. Notre Syndicat avait envoyé à cette Compagnie un exemplaire de notre tarif, auquel elle n'avait pas répondu. Ayant envoyé mon mémoire d'honoraires, décomptés à 12 fr., cette Compagnie m'a réduit à 50 fr. J'ai refusé, et malgré la demande de la Compagnie, ai poursuivi le *Patron* devant le juge de paix. Je vous envoie le jugement. Vous voyez qu'il établit deux points :

1° Le Patron seul est responsable, la Compagnie d'assurance nous étant inconnue ;

2° Le prix de 12 fr. est jugé non exagéré.

Avant peu, je pense vous envoyer une liste des Compagnies que nous allons mettre en interdit, pour refus par elle d'*accepter* PAR ÉCRIT notre tarif.

Veuillez agréer, etc..

Le Secrétaire.
Dr Pollet.

Syndicat médical d'Indre-et-Loire

Séance du 3 mars 1900

Sont présents : Dr Bezard, président, Dr Archambault, Dr Lapeyre, Dr André, Dr Bourreau, Dr Ménier, Dr Baudouin, Magnan, Clamouse, Gibotteau, Faucillon, Delagenière, Joulia, Chaumier, etc.

Après lecture du procès-verbal de la dernière séance qui est adopté, le président met aux voix l'admission de deux nouveaux confrères présentés par le cercle de Chinon, le Dr Dorey (Rivarennes), Pichard (Asay-le-Rideau) ; ces deux confrères sont admis à l'unanimité.

Les Drs Fouchault (de Châtillon-sur-Indre) et L. Thomas ont envoyé leur démission, qui est acceptée.

L'ordre du jour appelle l'adoption par le Syndicat d'un tarif minimum d'honoraires pour le Cercle de Tours. élaboré par une commission composée des Drs Bezard, Lapeyre, Bailliot, Ménier, Fischer.

La commission propose d'accepter une série de tarifs ainsi établis :

1er Tarif minimum pour les sociétés de secours mutuels (déjà en vigueur) ;

2e Tarif minimum pour les ouvriers, petits employés ;

3e Tarif minimum pour les négociants, rentiers, fonctionnaires ;

4e Tarif minimum pour les riches propriétaires, hauts fonctionnaires, grands commerçants, etc.

Les tarifs proposés par la commission sont acceptés à l'unanimité ; un exemplaire de ce tarif sera envoyé à tous les médecins du Cercle de Tours.

La question Tarif vis-à-vis des Compagnies Assurances, accidents, a été réservée.

Après discussion sur ce point important le Syndicat décide :

1° D'admettre l'abonnement de 10 francs pour les petits accidents comportant cinq visites au plus (1) ;

2° D'établir un tarif spécial qui sera soumis à l'approbation de tous les médecins du départe-

(1) Nous ne saurions trop nous étonner de voir un syndicat (!!) accepter le forfait de 10 francs après notre campagne. Nos confrères s'arracheront les cheveux de regrets, à la lecture du jugement de Douai, reproduit plus haut.

ment pour réaliser l'entente unanime du Corps médical.

Le Dr Faucillon rend compte de l'état des poursuites engagées contre un rebouteur de Chinon. Le Dr Delagenière demande si le Syndicat veut poursuivre un rebouteur de Tours qui a provoqué des accidents de gangréne du membre inférieur. Le malade est disposé à se plaindre. Il est décidé que le malade s'adressera au Syndicat qui, armé de sa lettre, demandera des poursuites.

La question du refus de paiement de la cotisation de membre honoraire de la Société des voyageurs de commerce, par les membres du Syndicat, reste à trancher, un médecin faisant partie du Syndicat refusant de se joindre à ses confrères.

La question reste en suspens.

REPORTAGE MEDICAL

A propos de la révision de la loi Roussel. — M. le Dr E. *Barthès*, Inspecteur départemental du service des enfants assistés d'Eure-et-Loir, qui depuis de nombreuses années poursuit ses intéressantes recherches sur l'application de *la loi Roussel*, a fait part à l'*Académie de médecine*, dans la séance du 10 avril, des résultats fort remarquables qu'il a obtenus dans son département.

Grâce à une statistique presque mathématique basée sur les renseignements fournis par la *fiche individuelle* prescrite par la circulaire ministérielle du 25 août 1896, tous les enfants placés en 1897 ont pu être suivis pas à pas, durant leur séjour en Eure-et-Loir, c'est-à-dire pendant le laps de 24 mois fixé par la loi du 23 décembre 1874.

Il a démontré à la haute Assemblée qu'avec le concours précieux du préfet, du Conseil général et du Comité départemental des enfants du premier âge la mortalité infantile avait diminué de plus de 8 % en moins de quatre ans. Les décès par maladies intestinales qui s'élevaient avant 1896 à près de 300 cas sur 500 attribués à toutes les diverses affections morbides, n'ont été en 1899 que de 192.

Le Dr *Barthès* a rendu justice au zèle des médecins-inspecteurs et des dames patronnesses des comités cantonaux fonctionnant dans 22 chefs-lieux sur 24 ; et qui, par leur dévouement à toute épreuve, travaillent très utilement au relèvement de notre population si amoindrie par les fléaux de l'alcoolisme et du malthusianisme ou *restriction volontaire*.

M. l'inspecteur départemental a appelé ensuite l'attention de l'Académie, sur le *ver rongeur* de la Protection du premier âge, le nombre de plus en plus intense des enfants naturels, dont la mortalité excessive dans le premier mois, 47 %, assombrit le tableau et paralyse les efforts de ses collaborateurs. Originaires la plupart de Paris et surtout des arrondissements possédant des maternités, ces pauvres victimes de l'élevage mercenaire naissent dans les plus fâcheuses conditions : *misère physiologique et morale* de la mère que viennent aggraver le transport prématuré, le défaut de paiement des salaires nourriciers, des honoraires médicaux et des fournitures pharmaceutiques dont la conséquence immédiate se traduit par *le retard apporté au traitement de la maladie*.

Aussi l'orateur émet, en terminant, le vœu qu'au moment de la Revision de la loi, qui ne saurait tarder, le Parlement avise aux moyens de remédier à ce triste état de choses qui est un opprobre pour la fin de ce siècle ayant vu naître *Pasteur* et Théophile *Roussel*.

Selon l'usage, la communication du Dr *Barthès* a été transmise à la commission d'hygiène chargée de présenter des conclusions à l'Académie dans une séance ultérieure.

Constatation édifiante. — M. le Dr Letulle vient de montrer que chez les religieuses Augustines de l'Hôtel-Dieu de Paris, la mortalité par tuberculose pulmonaire est de 80 %. En 25 ans, sur 115 religieuses, il y a eu 102 décès, dont 82 par tuberculose.

Beaux honoraires. — Le docteur Poncet, chirurgien des hôpitaux de Lyon, qui fut chargé, à la suite de l'accident du Péage-de Rousillon, de la direction du traitement chirurgical des nombreuses victimes de cet accident, plaide contre la Compagnie P. L. M. qui refuse de lui payer 385.000 francs d'honoraires qu'il réclame.

D'autre part, M. Ponteu, un masseur très en renom à Lyon, réclame à la même compagnie pour avoir massé un certain nombre des victimes de la même catastrophe, la respectable somme de 24,360 francs. La Compagnie sollicite une notable réduction et l'on plaide.

Association de la Presse médicale française

Réunion du Vendredi 6 Avril 1900.

Le vendredi 6 avril 1900 a eu lieu la deuxième réunion de 1900 de l'*Association de la Presse médicale française*, au restaurant Marguery, sous la présidence de M. Laborde, syndic.

Une trentaine de personnes assistaient à cette réunion.

I. — Nominations. — 1° *Membre honoraire.* — A été nommé Membre honoraire de l'Association : M. le Dr Bardet, rédacteur en chef des *Nouveaux Remèdes.*

2° *Membres titulaires.* — Ont été élus *Membres titulaires* : *a*) M. le Dr Langlet (de Reims), directeur de l'*Union médicale du Nord-Est*, en remplacement de M. le Dr Guelliot ; *b*) M. le Dr Cerné (de Rouen), directeur de la *Normandie Médicale*, en remplacement de M. le Dr Sorel.

II. — Candidature. — M. le Dr Olivier a été nommé rapporteur de la candidature de M. le Dr Cruet, directeur de la *Revue de Stomatologie.*

III. — Annuaire de l'Association. — M. le Secrétaire général a recueilli les corrections, non encore parvenues, pour l'Annuaire de l'Association, qui paraîtra dans quelques jours.

IV. — Réunions. — En raison des fêtes qui auront lieu à l'occasion du *Congrès international de la Presse médicale* (26-28 juillet 1900), le dîner statutaire de juillet 1900 n'aura pas lieu à la date accoutumée. Il se confondra avec l'une des réceptions qui seront organisées pendant le Congrès.

Le Secrétaire Général,
Marcel Baudouin.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MEDICAL »

N° 4486. — M. le Docteur Lecomte, de Ste-Suzanne (Mayenne), membre de l'Association et du Syndicat des médecins de la Mayenne.

N° 4487. — M. le Docteur Prat, de Royan (Charente-Inférieure), membre du Syndicat des médecins de la Seudre.

N° 4488. — M. le Docteur Aristide Samalens, de Auch (Gers), trésorier de l'Association des médecins du Gers.

N° 4489. — M. le Docteur Pitrat, de Marseille (Bouches-du-Rhône), membre du Syndicat de Marseille.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 17 28 AVRIL 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Notre hommage à M. le Dr Cézilly, Directeur du Concours, et à son premier collaborateur, M. le Dr Gassot.

Cher Directeur,

Le Journal et le Conseil de Direction ont toujours respecté, fidèlement, certaine tradition qui, dans notre Société, date du premier jour. Nous voulons parler de l'exécution scrupuleuse des décisions prises par l'Assemblée générale. Or, parmi celles-ci, nous en savons une qui est restée en suspens. Proposée au banquet de 1898, par un confrère de l'Hérault, elle rencontra l'unanimité que l'on pouvait prévoir.

Il s'agissait, pour nous tous, après vous avoir mis vingt ans à la peine, et sans trêve, sans répit, de vous mettre à l'honneur, dans une manifestation bien cordiale, bien confraternelle, où les médecins grouperaient les modestes témoignages de leur reconnaissance pour les services rendus par vous, au corps médical, dans cette dure fin de siècle.

A vos protestations, vous vous en souvenez, l'Assemblée ferma l'oreille : elle ne la rouvrit que pour s'associer à votre désir de voir notre ami Gassot, le collaborateur du début, partager ce que nous avons le droit d'appeler la seule récompense digne de vaillants comme vous. Et le vote se fit par des applaudissements suivis du ban traditionnel.

Or, voici que des confrères éloignés, qui se préparent à venir participer aux divers congrès, nous ont écrit : « Eh bien, n'est-ce pas là l'occasion favorable de nous réunir pour la petite fête des chefs de notre famille médicale. Organisez-nous cela pour le mois de juillet ! »

A ce langage, les signataires de la présente lettre n'ont trouvé à répondre que par acquiescement.

Ils se sont réunis, concertés. De suite, ils sont tombés d'accord que le mieux à faire, était de renouveler, pour les inspirateurs de la loi Chevandier, ce qui fut fait pour Chevandier lui-même, par vous, cher Directeur. C'est la loi du talion.

A vous et à votre dévoué lieutenant, nous rêvons donc d'offrir, dans un banquet aussi nombreux que possible, un objet d'art acheté de nos oboles réunies. Tous ceux qui ont connu et apprécié l'importance de la tâche accomplie et la somme d'efforts constants qu'elle a coûtés, seront ainsi appelés à en faire la preuve, et, parmi eux, les plus heureux seront ceux qui viendront vous le dire la coupe en main.

Ainsi font d'ailleurs les élèves et les amis des Maîtres. Et quel Maître fut plus incontesté que vous, dans la science des besoins, des intérêts, des aspirations du médecin ?

Nous ouvrons donc la souscription.

Mais où ?

Ici même, si vous le permettez, dans les Bureaux du Journal *le Concours médical, 23, rne de Dunkerque,* dans votre maison toujours si gracieusement mise à notre service. Maison et journal furent aussi à la peine ; ils ont connu les difficultés, les tâches ingrates ; ne les écartons pas de la fête, ne refusez pas votre assentiment pour la première fois.

Et nous ouvrons les listes aujourd'hui même pour les clore le 1er juin. — M. le Dr Maurat, trésorier du Concours, recevra ici, dès demain, les envois qu'on voudra bien lui adresser.

Ces envois, nous les souhaitons nombreux plutôt qu'élevés, venant de partout, des membres du Concours, de ceux des Syndicats, de la Caisse des Pensions, de l'Amicale, du Sou, de toutes les Sociétés que vous avez créées, ou pour lesquelles vous avez si ardemment combattu.

Veuillez agréer, bien cher Directeur, cette première expression de la reconnaissance de tous vos obligés, de tous vos admirateurs, et, laissant de côté toute autre préoccupation que celle d'être l'organe fidèle de la Société, donnez, s'il vous plaît, à cettre lettre l'hospitalité du journal.

Pour la Société du Concours et ses filleules,

Dr Maurat, Dr Jeanne,

Membres du Conseil de Direction.

N. B. Le Journal publiera seulement les noms des souscripteurs.

Société civile du « Concours médical »

Séance du 21 avril 1900.

Présents: MM. Cézilly, Jeanne, Gassot et Maurat. M. H. Cézilly assiste au Conseil.

Au sujet de la circulaire ministérielle du 26 mars 1900, visant les tarifs chirurgicaux de l'assistance médicale gratuite, le Conseil décide d'adresser, à tous les Préfets, une lettre personnelle qui leur permettra, s'ils le jugent bon, de s'inspirer du *tarif d'assistance du « Concours »* et facilitera ainsi l'uniformisation des tarifs réclamés.

Le Conseil reçoit communication, du président de la Caisse des pensions de retraite, d'une décision ajournant l'Assemblée générale de cette Caisse à une date ultérieure, dans le cours de juillet prochain.

Le Conseil, informé, par diverses lettres particulières, de l'inégalité de réduction des taxes des chevaux et voitures, selon les régions, est d'avis que chaque confrère réclame individuellement selon la forme ordinaire, et il sollicitera dès aujourd'hui une interprétation du Ministère des Finances. Il prie les membres du Concours d'informer le journal des incidents de leurs réclamations.

Lettre circulaire aux Préfets au sujet du Tarif d'assistance chirurgicale de chaque département.

Monsieur le Préfet,

En prévision de la circulaire ministérielle, que vous avez reçue le 26 mars dernier, la Société du Concours médical a préparé un tarif d'assistance chirurgicale, applicable à tous les départements et appliqué déjà dans quelques-uns.

Œuvre d'une nombreuse commission, où figuraient des médecins de toutes les régions, ce tarif peut se juxtaposer aux divers modes de rémunération du service médical.

Quelques-uns des chiffres que vous remarquerez, dans la dernière partie, et qui pourraient vous étonner *par leur élévation relative*, ne trouveront pas d'utilisation dans la chirurgie d'assistance, payée par le département. Ils ne visent que les honoraires qui seront versés par des Compagnies d'assurances, auxquelles le médecin ne doit pas d'aumône ; mais leur raison d'être, pour fixer les juges de paix, n'en est pas moins évidente.

Permettez-nous, Monsieur le Préfet, de signaler à votre attention, ce travail, très étudié et calculé sur les bases les plus modestes. Il vous mettra en garde contre les rédactions hâtives, qui pourraient vous être proposées, et n'atteindraient pas le but d'équité recherché par le législateur et le Gouvernement.

Nous vous soumettons les termes dans lesquels nous avons entretenu nos confrères de la circulaire ministérielle, dans l'article ci-après.

C'est au nom du Conseil de Direction de notre Société, que nous avons jugé utile de nous adresser à vous. Cette Société date de vingt années et se place surtout au point de vue de l'intérêt public.

Nous espérons, Monsieur le Préfet, que vous accueillerez favorablement notre communication et nous vous prions d'agréer nos respectueuses salutations.

Pour le Conseil de Direction,

Le Directeur,

Dr A. Cézilly.

Le tarif complet d'assistance chirurgicale.

Chers Confrères,

« Une circulaire ministérielle nous convie plus ou moins directement, par une sage et précieuse intervention gouvernementale, à collaborer à la grosse mesure d'équité qui doit couronner dignement la campagne de résistance aux Compagnies d'assurances-accidents.

Le *Concours*, qui l'avait prévue, nous y a préparés. On réclame de suite un tarif *aussi complet que possible*, des honoraires dus pour la chirurgie de l'assistance, et cela pour qu'il soit appliqué, par les juges de paix, dans les cas qui résulteront de la loi sur les accidents du travail.

Or ce tarif existe : il a été publié à notre numéro 29 de l'année dernière. Les chiffres, qui s'y trouvent inscrits, constituent bien le minimum convenable en matière d'assistance. Que chaque syndicat, chaque société locale, chaque conseiller général médecin, le porte à sa préfecture, dès aujourd'hui, de lui-même, et le défende *en bloc, sans variantes, tel quel,* car il a été mûrement calculé, adapté à toutes les régions, mis à la por-

tée de tous les budgets départementaux, et s'accommode aussi bien du système de rémunération à l'abonnement, que du payement à la visite.

Comprendra-t-on, cette fois, que l'uniformité dans les propositions est la première condition du succès ? Renoncera-t-on à exécuter des fioritures plus ou moins criardes, sur un thème qui se suffit par lui-même, et cela, en toute hâte, à la légère, au milieu de discussions dont on profiterait contre nous ? Mais surtout, s'abstiendra-t-on de se placer au point de vue de nos adversaires, d'accepter leurs arguments, pour y faire des concessions bénévoles et injustes, quand il est certain que le maximum de ces concessions est inscrit, d'avance, dans le Tarif du Concours ?

Ah ! l'occasion est belle pour le corps médical, de montrer sa sagesse et sa modération, dans une solidarité qui ne connaît pas les questions de latitude et de méridien, qui n'a souci que de justice et de philanthropie éclairée.

Car, le jour où notre Tarif sera devenu celui de l'Assistance, les Compagnies d'assurances-accidents n'auront plus rien à opposer à notre légitime revendication. La loi sera pour nous, et cela nous suffira... »

Tarif d'assistance chirurgicale prévu par la loi sur les accidents, adopté par la Société « LE CONCOURS MÉDICAL ».

1re Catégorie. — En matière d'accidents et de traumatismes, l'unité d'où il convient de partir, est le *pansement simple*, qui est la raison d'être de la consultation et se compte, comme celle-ci, dans le *tarif ouvrier*, à 2 fr .... 2 fr.

Le pansement simple comporte : *lavage, asepsie* et *occlusion* d'une plaie de petite surface, sans usage d'instruments.

2e Catégorie. — *Sont considérés comme équivalant au double de cette unité, c'est-à-dire tarifés à* 4 fr.

a) Le petit débridement, les petites incisions, la ponction au bistouri ou au thermocautère ;

b) L'anesthésie locale ;

c) Le rapprochement des lèvres d'une plaie par suture unique ;

d) L'ablation d'une esquille, d'un ongle semi-détaché, de parties molles condamnées, d'une pointe osseuse nuisible à la cicatrisation ;

e) L'hémostase par tamponnement, compression, coagulants, etc. ;

f) La séance de massage, d'électrisation ;

g) La saignée générale. L'application de ventouses ;

h) Les opérations de diagnostic avec instruments spéciaux, spéculum, cathéter, laryngoscope, etc.

3e Catégorie. — *Sont tarifés à cinq fois le prix du pansement simple, c'est-à-dire à* 10 fr.. 10 fr.

a) Les grands pansements de brûlures, de gangrène, de délabrements étendus, de plaies post-opératoires ;

b) L'hémostase par ligature d'artère au fond d'une plaie ;

c) La réunion par sutures multiples ;

d) Le traitement de l'asphyxie ;

e) L'évacuation de foyers sanguins par larges incisions ;

f) L'extraction difficile de corps étrangers de l'œil, de l'oreille, d'une plaie étroite ;

g) Les lavages du sang, les injections de sérum non répétées ;

h) La réduction facile de luxations, cédant aux méthodes de douceur : des phalanges, de la clavicule, du maxillaire inférieur et de l'épaule, quand ces deux dernières sont à répétition.

i) La contention des fractures simples des côtes, de l'omoplate, du sternum, des os du crâne, de la colonne vertébrale et du bassin, quand elles ne nécessitent pas d'interventions spéciales.

j) La réduction et la contention des fractures du doigt, des métacarpiens, des métatarsiens.

k) Le taxis simple.

l) Le traitement de l'entorse du poignet et du cou-de-pied, qu'il y ait ou non fracture voisine du radius ou du péroné.

4e Catégorie. — *Sont tarifés à 10 fois le prix du pansement simple, c'est-à-dire à 20 fr.....* 20 fr.

a) L'anesthésie générale, dont le prix s'ajoute à celui des interventions qui la réclament ;

b) Le traitement des luxations du maxillaire inférieur et du poignet ;

c) L'amputation d'un doigt ou d'un orteil.

d) Les fractures simples de la diaphyse de l'humérus, des os de l'avant-bras, de la clavicule, du maxillaire inférieur ;

e) Les ligatures de la cubitale, de la radiale au niveau ou au-dessous du poignet ;

f) Le taxis prolongé.

5e Catégorie. — *Sont tarifés enfin à des prix variables, entre un maximum et un minimum, les opérations suivantes dont les difficultés sont plus ou moins grandes suivant les circonstances qui ne sauraient être prévues d'avance :*

	fr.	fr.	fr.
a) Arrachement du cuir chevelu......	20	30	50
b) Enfoncement des os du crâne réclamant au besoin la trépanation	30	50	100
c) Opération sur l'œil, l'oreille, du domaine du spécialiste..........	(à débattre).		
d) Opération d'autoplastie compliquée portant sur la face, etc.........	(à débattre).		
e) Ligatures de la faciale, de la temporale....................	30	40	50
— de la linguale, de la carotide au cou	150	200	250
f) Trachéotomie.......................	50	75	100
g) Laparotomie, suivant les opérations, dont elle peut n'être que le premier temps..................	»	»	»
h) Kélotomie..........................	50	100	150
i) Ponction de la vessie.............	20	25	30
k) Uréthrotomie externe.............	30	50	100
l) Ligatures sous-clavière, iliaque externe.......................	100	150	200
— humérale, fémorale, poplitée	30	40	50
— cubitale, en haut et à la partie moyenne..............	30	40	50
— radiale, tibiale, péronière, etc.	30	40	50
m) Amputation ou désarticulation d'un ou plusieurs métacarpiens ou métatarses................	50	60	80
n) Désarticulations du poignet, médio-carpienne, tibio-tarsienne, Chopart, Lisfranc................	100	150	200
Amputations d'avant-bras, bras, coude..	100	150	200
— jambe, cuisse, genou.........	150	200	250
o) Désarticulation de l'épaule.	150	200	250
Désarticulation coxo-fémorale....	200	250	300
p) Réduction, contention et mobilisation de			
Luxation du coude................	30	50	100
— de l'épaule.............	30	50	100
— du cou-de-pied...........	30	50	100
— du genou................	30	50	100
— de la hanche...........	100	150	200
q) Réduction, contention et immobilisation de fracture comminutive de la diaphyse des os longs.....	50	100	150
Fracture intra ou juxta-articulaire			
— du coude................	50	100	150
— de l'épaule...............	50	100	150
— du genou................	50	100	150
— du cou-de-pied...........	50	100	150
Fracture du tibia, des deux os....	50	100	150

Fracture de la jambe, du fémur à la partie moyenne....	50	100	150
— de la rotule, etc.........	50	100	150
— du fémur près de la hanche, etc., etc..........	100	150	200

Les notes du médecin traitant mentionneront les circonstances qui font varier l'honoraire pour grande intervention chirurgicale (aide de confrères, de spécialistes, radiographies, etc., etc...)

LA SEMAINE MÉDICALE

La métrite et l'eau sulfureuse.

D'après M. *Perrier*, interne à Saint-Lazare, le traitement, par les irrigations d'eau sulfureuse, produit des résultats incontestables, dans la métrite chronique. C'est d'ailleurs, depuis longtemps, la méthode de M. Championnière.

Ce moyen agit plus vite que tous les moyens médicaux employés ordinairement : tampons glycérinés, cautérisations à la teinture d'iode, etc.

En effet, dans cinq cas, il a fallu, en moyenne, douze séances, pour arriver à la guérison (exactement deux fois onze séances, deux fois douze séances, une fois treize séances), ce qui fait en somme un maximum de vingt-quatre jours.

Il sera, du reste, possible de réduire encore la durée du traitement ; de nouveaux essais ont amené à penser qu'à partir de la sixième ou septième séance, celles-ci peuvent se répéter tous les jours, ce qui réduirait la durée du traitement à dix-huit ou vingt jours.

Le manuel opératoire est simple et n'exige aucun outillage spécial.

Enfin cette méthode ne présente aucun danger et n'exige aucune connaissance spéciale.

M. Perrier a été encouragé à appliquer cette méthode, en présence des résultats trop souvent négatifs du curettage.

On sait en effet aujourd'hui qu'un grand nombre de femmes ayant subi cette opération voient l'endométrite se reproduire par suite d'une réinfection de la muqueuse, survenue peu de temps après l'intervention ; réinfection due à des éléments pathogènes restés dans les glandes du col, de la vulve, ou même de la cavité utérine.

Cette méthode, en tout cas, n'a provoqué, jusqu'à ce jour, aucun accident, et paraît donner des résultats aussi certains que le curettage qui, lui, a été suivi, on le sait aujourd'hui, d'accidents consécutifs graves du côté des trompes.

Elle paraît devoir être employée avant toute intervention chirurgicale, cette dernière pouvant être réservée pour les cas rebelles, ou pour les malades qui présentent des lésions de la muqueuse, que de simples lavages seraient insuffisants à détruire.

Le curettage serait aussi réservé à certaines formes de métrite hémorrhagiques, contre lesquelles cette méthode n'a pas donné de résultats bien nets.

L'absorption des iodures par la peau.

M. *J. Gallard* a présenté, à l'Académie des Sciences, un rapport sur l'absorption des iodures par la peau, dont il croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La peau humaine se laisse pénétrer comme la peau des animaux, par les iodures, contenus en dissolution dans l'eau, et, si cette absorption est si imperceptible, au début, qu'elle peut passer inaperçue, elle prend, au bout d'un certain temps, une allure progressive se traduisant par des élévations de plus en plus rapides du taux de l'iode urinaire.

2° Les quantités d'iode ainsi introduites dans les tissus, sont loin d'être négligeables, et la lenteur de l'élimination (qui permet d'en retrouver dans les urines soixante-douze heures après la fin d'une série d'immersions) tend à prouver qu'il s'y fait de véritables accumulations.

La voie respiratoire ne peut pas être invoquée; elle ne permet l'entrée que de doses relativement très faibles d'iode, dont l'élimination paraît se faire en entier dans les vingt-quatre heures.

Les contre-indications de la digitale.

Dans une récente clinique, M. le professeur Potain vient d'exposer les contre-indications de la digitale, en insistant sur ce fait, que la digitale, lorsqu'elle est inutile, devient certainement nuisible.

Quand la digitale n'est pas indiquée par la fréquence, l'inégalité, l'irrégularité, et l'insuffisance des pulsations cardiaques ou par les hydropisies du tissu cellulaire ou des séreuses, on peut dire que la contre-indication existe. Précisons d'ailleurs certaines conditions particulières :

Tout d'abord il se peut qu'elle ne soit pas contre-indiquée dans certaines formes du pouls lent permanent. C'est que, dans ce cas, la lenteur du pouls n'est qu'apparente et tient à ce que le cœur étant affaibli, toutes les pulsations ne sont pas senties à la radiale ; ici la digitale peut être utile.

Elle est contre-indiquée aussi, quand le myocarde paraît assez altéré pour ne devoir répondre que d'une façon tout à fait insuffisante à la provocation digitalique. En ce cas, en effet, le remède n'est pas seulement inefficace, il peut exagérer les accidents et devenir promptement dangereux. Toutes les fois qu'on aura motif de craindre que le cœur n'ait été profondément atteint par une myocardite grave, par une cause d'adynamie profonde ou par la cachexie sénile, toutes les fois qu'une dilatation cardiaque considérable et rapide devra faire présumer une asthénie cardiaque excessive, toutes les fois qu'on pourra croire à une dégénération graisseuse avancée, il faudra la ou s'abstenir de la digitale, ou n'en user qu'avec une extrême circonspection.

L'existence d'une insuffisance aortique peut, en général, être considérée comme une contre-indication. Il y a cependant quelques restrictions à faire, et quand l'accélération des battements augmente, elle peut rendre quelques services.

La dyspepsie peut aussi être une contre-indication, car les malades la supportent alors fort mal. On n'a malheureusement pas la ressource de la voie hypodermique, qui est toujours fort douloureuse.

L'état cachectique contre-indique encore son usage. Enfin, l'emploi même de la digitale, fait antérieurement, est une contre-indication, car ses effets nuisibles s'accumulent et ses effets utiles se produisent de moins en moins.

Quant aux accidents occasionnés par des doses médicamenteuses, ils ne sont pas très bien connus de tous ou, du moins, sont souvent mal interprétés. Très souvent, ils débutent par un délire nocturne qui peut passer inaperçu : surviennent ensuite la pâleur, le refroidissement, l'agitation, l'angoisse même, avec le rétrécissement de la pupille. Quand les accidents en sont là, une syncope mortelle peut survenir brusquement. D'autres, au contraire, meurent progressivement. La mort par la digitale se voit surtout chez des brightiques, des arthritiques, des sujets très anémiés ou atteints d'insuffisance aortique, ou de delirium tremens.

Parfois, il y a de véritables psychoses consécutives à l'emploi de la digitale. On peut voir survenir, ainsi, la mélancolie, l'agitation, sans qu'il y ait de troubles circulatoires très marqués. Aussi faut-il surveiller le médicament de très près. Parfois on augmente les doses, lorsque l'effet diurétique ne se produit pas et que les urines manquent, et le malade, intoxiqué, meurt brusquement.

Enfin, la digitale peut produire indirectement l'apoplexie pulmonaire ; c'est lorsqu'il existe une insuffisance tricuspidienne. (*Journ. de Méd. et Chir. pratiques*, de Lucas Championnière.) Le relèvement brusque de la pression sanguine fait rompre les vaisseaux du système pulmonaire.

Aussi, dans les cas d'insuffisance tricuspidienne, on ne doit donner la digitale qu'aux doses fractionnées et successives (1/5 de milligr. par exemple).

Le redressement des gibbosités du mal de Pott

M. le Dr *Villemin*, chirurgien des hôpitaux d'enfants, vient d'entreprendre l'étude du procédé de redressement brusque des gibbosités pottiques, préconisé avec grand bruit par MM. Calot et Chipault. Rappelons, en quelques mots, ce procédé :

L'enfant malade étant en décubitus ventral, Chipault fait une incision longitudinale, dénude latéralement les apophyses épineuses répondant à la gibbosité et même un peu au-dessus et au-dessous ; puis deux aides tirent l'un par les bras, l'autre par les pieds, pendant que l'opérateur presse sur la gibbosité ; quand elle est réduite, un fil d'argent est posé au-dessus de l'apophyse épineuse la plus haute, au ras de son bord supérieur et le plus près possible de sa base : les deux moitiés du fil sont passées, en les croisant, dans les espaces interapophysaires sous-jacents, jusqu'au-dessous de la dernière épine découverte où ils sont tordus solidement. La plaie sans drainage est suturée au catgut et le sujet est immobilisé sur une planche spéciale, à l'aide de sangles multiples et même de plaques fixatrices.

Calot, au début, enlevait les apophyses épineuses, procédé auquel il renonça. Voici comment il opère : il faut six aides : d'un côté, l'un tire le bras gauche, le second le droit, le troisième la tête à l'aide d'une double fronde occipitale et mentonnière en toile ; les trois autres aides tirent sur les membres inférieurs : le sternum et le pubis reposent sur des supports mobiles. Alors l'opérateur croisant les mains sur le sommet de la gibbosité, debout sur un tabouret élevé, exerce une pression vigoureuse, allant jusqu'à l'extrême limite de ses forces (ceci est textuel) : des craquements sont entendus, même des assistants, et les vertèbres doivent être refoulées au niveau et même au-dessous des autres. Après suspension de l'enfant à l'aide de la fronde occipito-mentonnière, un appareil plâtré qui l'enveloppe depuis le bassin jusqu'à la tête y compris, est appliqué.

De nombreux reproches ont été adressés à ces façons de faire. D'abord l'irrégularité des tractions exercées par les aides est fatale ; celui qui tire sur la tête a un bon point d'appui avec la fronde ; mais les autres ! La force mise en œuvre est inégale, aveugle, excessive au début, diminuant avec la fatigue des opérateurs. Il est préférable d'employer, soit des moufles, soit des vis de traction, dont des dynamomètres mesurent l'effort.

Messieurs, que penser de la brutalité de pareilles manœuvres, appliquées à un rachis ramolli, érodé, détruit par la tuberculose ? L'auteur ou plutôt le rénovateur d'une semblable méthode, doit se considérer comme né sous une heureuse étoile, puisqu'il n'a eu aucun décès à déplorer. Que dire de ce rare bonheur, quand on songe que, pour d'autres opérateurs, des tractions de quelques kilos ont, dans certains cas, amené la mort ?

Pourtant Calot se rendit aux arguments de ceux qui prêchaient la douceur ; il ne fait plus qu'une traction de 20 à 60 kilos suivant l'âge et n'exerce plus qu'une pression sur la gibbosité de 15 à 30 kilos en moyenne ; il préfère répéter tous les trois ou quatre mois ces mêmes manœuvres, pour les gibbosités récalcitrantes.

De nombreux accidents peuvent se produire au cours où à la suite de cette brutale opération : mort subite, fractures, manque de solidité, compressions de la moelle et torsions, etc. (*Annales de Médecine et chirurgie infantiles*.)

La conclusion devient alors la suivante : gros risques opératoires et post-opératoires, résultats précaires et peu encourageants. Alors revenons au camp des abstentionnistes. Evitons autant que possible que la gibbosité se fasse, mais si elle s'est produite, maintenons-la dans son attitude, jusqu'à ce que la tendance naturelle de la maladie vers la guérison, favorisée par le traitement général, donne lieu à une ankylose solide. Adoptons le grand appareil plâtré, puisqu'il immobilise mieux que tout autre, cette immobilisation étant précisément le facteur qui favorise le plus le processus réparateur. Quant au redressement, il semble que l'expérience ne lui trouve d'excuse que dans deux circonstances : gibbosité récente ou paraplégie.

Contagion des otites moyennes aiguës.

M. le Dr *Barbier* analyse, dans les *Annales de Médecine infantile*, un intéressant mémoire de M. *Lermoyez*, sur la contagiosité des otites aiguës. Cet observateur a vu, dans une même famille, un certain nombre de cas d'otites contemporaines qui, en raison de leurs caractères, lui paraissent devoir être rattachées à la contagion.

De 1897 à 1899, il a noté 7 fois sur 20, cette coïncidence, et les otites observées dans ces cas

étaient toujours de même type dans la même famille.

Il est bon de remarquer que ces otites, pour la plupart, sont survenues chez des malades, frères, sœurs, mari, femme, etc., atteints, eux-mêmes et antérieurement a l'otite, de maladies infectieuses, rougeole, grippe, qui sont connues pour prédisposer à cette complication. Nous savons également comment et sous quelles influences se développent ces otites : par action pathogène secondaire d'un microbe septique, dont l'opportunité morbide active est réalisée par la maladie primitive. Il n'y aurait donc rien d'étonnant à ce que des malades vivant dans le même milieu, aient un parasitisme latent des muqueuses, capable de se réveiller sous l'influence de la même cause. Il n'y aurait donc pas contagion véritable.

Cependant je puis rapprocher des cas de M. Lermoyez le fait que j'ai observé à deux reprises dans les hôpitaux d'enfants.

C'est que lorsqu'un cas d'otite apparaît dans une salle, il est quelquefois suivi de l'éclosion discursive de cas plus ou moins nombreux d'otite dans la salle où le premier malade est hospitalisé. J'ai pu le remarquer encore cette année à l'hôpital Trousseau, où, à la suite de l'entrée d'un petit malade atteint de troubles pseudo-méningés, dus à une otite, d'autres cas se développèrent dans la salle des filles, tandis que celle des garçons, qui renfermait des malades d'âge et de conditions identiques, restait indemne.

On peut donc rapprocher ces faits de ceux parfaitement connus des broncho-pneumonies en série ; et ce qui justifie cette manière de voir, c'est que, comme pour la broncho-pneumonie, les cas d'otite sont beaucoup plus fréquents à l'hôpital qu'en ville. C'est ce qui ressort des faits observés par MM. Descroizilles et Roger dans la rougeole, D[rs] Teilly, Roger et Variot dans la scarlatine.

Il ressort également des faits observés que les malades prennent leur otite *dans la salle* ; il faut donc *isoler* les malades atteints d'otite.

La quinine chez les femmes enceintes.

De l'examen critique des travaux publiés jusqu'à ce jour sur cette question, MM. Chamberlent et Bruyère tirent cette première conclusion que l'action des sels de quinine sur la gestation est éminemment variable suivant les cas. Si un certain nombre d'observations semblent démontrer d'une façon indiscutable que les sels de quinine pris à doses modérées ont pu réveiller les contractions utérines, et, dans certains cas, amener l'expulsion prématurée, il n'en est pas moins vrai que, dans la grande majorité des cas, les sels de quinine, même pris à dose exagérée, ont été sans action sur la contractilité de l'utérus.

Les expériences faites sur des chattes et des lapines, en état de gestation, par les auteurs, n'ont provoqué ni contraction utérine, ni avortement, et pourtant les doses étaient énormes. Chez une lapine, ils ont injecté en trois jours 1 gr. 75 de chlorhydro-sulfate de quinine ; chez une seconde lapine, ils avaient injecté la même dose en deux fois.

Restant sur le terrain clinique, les auteurs sont d'avis d'attendre encore avant de savoir le mode réel d'action de la quinine sur la grossesse. Ils sont disposés à croire que les accidents d'avortement, après l'administration de la quinine au cours de la grossesse, s'observent de préférence chez les femmes nerveuses, au tempérament facilement excitable. (*Lyon médical.*)

Conclusion pratique : usez modérément de la quinine chez les femmes enceintes, ne jamais donner d'emblée des doses fortes, avant d'avoir par des doses faibles tâté la susceptibilité spéciale et éminemment variable que peut présenter chaque femme à cet égard.

Accidents dus à la cocaïne.

Le D[r] *Herz*, étudie, dans la *Wiener Medicinische Wochenschrift* (analysée par la *Tribune médicale*), les principaux inconvénients et accidents de la cocaïne employée dans un but thérapeutique.

La cocaïne, dit-il, amène la contraction des vaisseaux superficiels de la muqueuse ; mais cette action n'a aucune relation avec les processus anesthésiques, car ceux-ci résultent de l'action directe du médicament sur les terminaisons nerveuses.

La toxicité de la cocaïne, comme celle de beaucoup d'autres poisons médicamenteux, dépend des susceptibilités individuelles, par suite desquelles on peut observer des intoxications aiguës, quelquefois suivies de mort, malgré toutes les précautions prises pour son administration. L'âge et l'état général du patient ont une influence marquée sur ces susceptibilités ; c'est pourquoi il faut redoubler de vigilance chez les enfants, les vieillards, les individus nerveux et anémiques, quand on emploie la cocaïne.

La dose maxima connue, de 0,05 centigrammes, ne peut pas toujours être prise en considération dans la pratique, car elle n'amène quelquefois aucune anesthésie, ou seulement une anesthésie insuffisante. D'un autre côté, on trouve dans la littérature des cas où les malades supportaient sans inconvénients de très fortes doses journalières ; d'après Seifort = 0,20 — 0,30 centigrammes par jour, pendant un mois. Ces faits rendent évidemment moindre la prudence des médecins.

Delbose cite quatre cas mortels, où l'on avait donné de 0,80 centigr. à 1 gr. 50 de cocaïne. Ce sont là des doses qu'un médecin prudent ne peut employer. D'après Lermoyez, la plus faible quantité ayant amené une intoxication mortelle, serait de 0,22 centigrammes, et, d'après Schmidt, il faudrait environ 1 gramme pour amener la mort. Reclus cite deux cas, où des doses thérapeutiques de 0,02 à 0,05 centigrammes auraient été mortelles, et Abadie raconte qu'une femme de 71 ans aurait succombé cinq heures après une injection de 0,04 centigrammes de cocaïne.

Bien que depuis quinze ans on ait employé la cocaïne de différentes façons et à des doses variées, il est difficile d'établir un tableau complet du cocaïnisme aigu. Quoique de nombreux auteurs aient essayé de faire un schéma de ce complexus symptomatique, nous trouvons beaucoup de divergences dans la pratique, et souvent on note l'absence de signes, soi-disant constants et

caractéristiques ; quelquefois même, il y a des signes absolument opposés.

Lépine a tracé un schéma de l'intoxication cocaïnique aiguë, mais il faut remarquer qu'il y a souvent des signes qui manquent. Il distingue des cas légers, avec contraction des vaisseaux ; des cas graves, où les premières manifestations se traduisent du côté du cœur et du cerveau (pertes de connaissance, crampes musculaires dues à une excitation corticale) ; enfin des cas très graves, où l'on note, à côté des symptômes précédents, des troubles respiratoires, suivis de mort.

Ce tableau est trop général. Mieux vaut celui que donne Lermoyez sur la marche du cocaïnisme aigu. Tout d'abord, en présence d'un de ces malades, on pourrait croire à une crise alcoolique (verbiage, agitation, malaise). Puis, on note une sensation de froid ; de la pâleur du visage, une sudation abondante, un pouls rapide et filiforme, ensuite, une sensation de faiblesse générale et de l'apathie. Ces manifestations d'une intoxication légère peuvent durer de quelques minutes à plusieurs heures.

Dans les cas graves, on trouve des syncopes, des vomissements, une angoisse précordiale ; ces symptômes peuvent durer plusieurs jours, avec de la somnolence et de l'anurie.

Les intoxications très graves amènent, d'après cet auteur, la mort en une heure au plus. Les signes caractéristiques de cet état sont la perte de connaissance, l'irrégularité du cœur, des contractions musculaires toniques, puis cloniques, des troubles respiratoires et de la dilatation pupillaire. Mais cette description ne répond pas toujours non plus à la réalité. Lermoyez ne parle pas d'un signe que d'autres auteurs considèrent comme constant et très important ; c'est la sécheresse de la bouche et du gosier. Ce signe est si important qu'il peut servir de criterium pour distinguer le cocaïnisme aigu de la crise hystérique, car ces deux états ont entre eux une certaine ressemblance.

Lermoyez ne parle pas non plus des contractions des muscles de la face, sur lesquels d'autres cliniciens s'appesantissent beaucoup. Il attache beaucoup de valeur à la dilatation pupillaire, qu'il rattache à l'intoxication mortelle, alors que souvent on l'a signalée dans les cas légers.

Comme contre-poisons, citons le café, le camphre, le nitrite d'amyle, la morphine, le choral. Ils peuvent quelquefois amener un soulagement et d'autres fois rester sans effet.

Pour terminer, le docteur Herz passe en revue les différents modes d'emploi de la cocaïne, comme anesthésique dans la pratique laryngologique, car les diverses préparations peuvent avoir une influence variable sur l'apparition des phénomènes toxiques.

A l'état sec, la cocaïne peut être employée sous forme de cristaux, placés au bout de la sonde, et n'agissant par conséquent que sur de très petites surfaces. On peut encore se servir de la poudre, en la mélangeant à d'autres poudres inertes, telles que la lactose. On utilise peu le premier procédé, car son action reste trop localisée ; le deuxième, recommandé surtout par Schmidt, permet bien de doser, mais donne une anesthésie insuffisante pour les opérations, car la cocaïne ne fond pas.

Les solutions sont le plus souvent employées ; elles sont faites dans de l'eau, dans de l'alcool ou dans les deux liquides mélangés en égales proportions. Leur titre est de 1 à 25 % à concentration égale. Les solutions chaudes sont plus actives que les solutions froides. Il est très important de retenir que ces solutions s'altèrent facilement et leurs propriétés toxiques augmentent en même temps que leurs propriétés anesthésiques diminuent.

LA THÉRAPEUTIQUE PNEUMATIQUE

Ce mode de thérapeutique n'est pas très répandu ; c'est en 1875 seulement qu'a été construite, dans un hôpital de Berlin, une des premières cabines pneumatiques. Néanmoins, en 1830 déjà, Junod, Tabarié et Pravaz établirent les bases scientifiques du traitement par l'air comprimé. Dans la suite, on fit de nombreuses recherches et expériences à ce sujet. Traube installa une cabine pneumatique tout à fait primitive ; puis Hanke chercha à rendre plus pratiques, moins onéreux et plus transportables les appareils nécessaires à la cure par l'air comprimé, en inventant des sortes de gazomètres ou spiromètres, permettant aux malades de se traiter eux-mêmes chez eux, sans aller dans des instituts ou hôpitaux spéciaux.

La thérapeutique pneumatique comporte donc une *méthode active* et une *méthode passive*, division d'ailleurs adoptée par le docteur Lazarus, qui étudia cette intéressante question dans la *Berliner klinische Wochenschrift* (janvier 1900).

La *méthode active* repose surtout sur les données que Waldenburg a exposées dans sa monographie du traitement, par l'air comprimé, des maladies des appareils respiratoire et circulatoire. Malheureusement ces données sont surtout théoriques, et leurs résultats pratiques ne sont pas du tout en rapport avec les espérances qu'elles donnaient. Le malade, en effet, s'applique un masque sur la figure, et doit, au moyen de tuyaux, inspirer de l'air comprimé, ou bien expirer dans un appareil, où l'air a été raréfié. Or, il est presqu'impossible d'obtenir une imperméabilité de la totalité de ce système, surtout au niveau du masque. Ensuite, plus la raréfaction, par exemple, est grande, plus la quantité d'air expiré est faible ; avec une pression de 1/40 d'atmosphère, l'expiration est presqu'impossible. Et, de plus, il n'existe pas de difficulté plus grande pour un homme sain, à plus forte raison pour un malade, que celle de respirer d'une façon régulière au moyen d'un masque. En somme, dans la méthode active, le malade ne fait qu'une gymnastique de ses muscles respiratoires, et l'appareil permet seulement au médecin de s'assurer de la bonne exécution de ce traitement. Quant aux effets thérapeutiques proprement dits de cette inspiration d'air comprimé, ou de cette expiration dans l'air raréfié, ils sont très douteux. Cette méthode active a d'ailleurs été abandonnée par ses promoteurs eux-mêmes. Tout d'abord on a complètement délaissé l'inspiration d'air raréfié, avec expiration dans l'air comprimé, pour ne conserver que l'inspiration d'air comprimé avec expiration dans l'air raréfié ; et encore ne se sert-on de ce dernier mode opératoire, qu'en imprégnant l'air

de substances médicamenteuses, térébenthine, menthol, etc. ; ce qui peut être quelquefois utile dans les catharres bronchiques chroniques. Bref, la thérapeutique pneumatique, dans sa méthode active, ne trouve d'indications que dans la convalescence de la pleurésie et de la pneumonie aiguë, ou dans l'infiltration, chronique du parenchyme pulmonaire (phthisie), ou pour mieux dire dans les cas où depuis longtemps la gymnastique respiratoire était donnée comme un remède utile.

Il ne faut pas oublier non plus que, si on force trop les mouvements respiratoires, on peut observer de la congestion de la muqueuse respiratoire, la rupture des parois vasculaires altérées, ou encore des défaillances sérieuses de la part d'un cœur dégénéré.

Par *méthode pneumatique passive* le Dr Lazarus entend celle qui expose toute la surface de l'organisme à l'action de l'air comprimé, sans intervention spéciale de la part du malade.

Les appareils, qui interviennent dans cette méthode, sont les cabines pneumatiques. Contrairement au mode de traitement précédemment exposé, celui-ci repose sur des observations faites relativement à des personnes saines ou malades, et surtout à des ouvriers, séjournant dans les caissons pneumatiques, employés pour la construction des ponts. Il a pour base, non pas des théories, mais des faits pratiques, qu'on a cherché à expliquer par des données scientifiques, et à utiliser ensuite en thérapeutique.

Une séance dans la cabine pneumatique com porte 3 stades ; dans le premier on passe de la pression atmosphérique à la pression thérapeutique, à laquelle on reste exposé pendant le deuxième ; enfin, dans le troisième on revient à la pression atmosphérique. Il est des facteurs physiques importants, tels que le changement de température, l'humidité de l'air, qui, en outre de la pression de l'air, rendent ces 3 stades nécessaires. Watelle et Pol ont observé beaucoup d'ouvriers pontonniers, qui ne prenaient aucune précaution spéciale, pour s'exposer à ces changements de pression atmosphérique ; ils ont toujours noté chez eux des troubles à la sortie du caisson. Ces troubles de l'organisme humain sont justifiés par des causes physiques, et aussi par des causes physiologiques. Par suite d'un brusque changement de pression extérieure, en effet, la circulation et la respiration ne peuvent s'accommoder assez rapidement au nouveau milieu, et on voit l'apparition de gaz dans le sang, la rupture de vaisseaux sanguins, l'éclatement du tympan. Tels sont les effets mécaniques et physiologiques de l'air comprimé, auxquels il ne faut pas oublier d'ajouter les effets chimiques. La cabine pneumatique aura donc une influence mécanique et une influence chimique sur l'organisme.

Ce fut l'action mécanique de la cabine pneumatique, qui éveilla, la première, l'attention. Longtemps on la considéra comme seule possible, car on n'avait pas encore de notions bien exactes sur le chimisme respiratoire et l'échange des gaz. Vivennot et Parnum d'une part, Liebig de l'autre, firent de nombreuses recherches relativement aux effets de l'air comprimé sur la pression sanguine. Actuellement encore on n'est pas d'accord sur tous les points de cette étude, qui intéresse à la fois physiologues et thérapeutes.

Voici à peu près où en était la question en 1885 : on pensait que l'influence de l'air comprimé variait avec la situation, superficielle ou profonde des organes ; elle dépendait de la résistance des différentes parties du corps, suivant qu'elle s'exerçait sur des espaces à parois élastiques remplis d'air, ou sur des espaces ou conduits à parois élastiques ou non, renfermant des liquides. Par ce moyen les vaisseaux périphériques pourraient se vider, et le sang prendre une direction centripète ; les intestins, remplis d'air, diminuaient de volume par suite de la pression que leur transmettait la paroi abdominale, et, par suite, la pression s'exerçant aussi sur la surface intérieure des parois bronchiques, on voyait diminuer la convexité du diaphragme. Il résultait de cette diminution une augmentation de la pression négative à l'intérieur du thorax, avec dilatation consécutive du cœur, et augmentation d'étendue de la petite circulation, à cause de la plus grande surface intérieure des poumons. Par suite de la dilatation du cœur, le sang veineux était aspiré avec plus de force, et la force de contraction systolique diminuait. Ces théories ont beaucoup de lacunes et n'ont pas encore pu être vérifiées d'une façon complète.

Stembo étudia en 1877 l'influence de l'air comprimé, sur la capacité pulmonaire ; il a trouvé, que celle-ci augmentait et persistait encore après l'action thérapeutique ; en même temps la fréquence respiratoire diminuait.

Bliden, pour compléter ces résultats, fit des expériences sur des chiens, soumis à l'air comprimé ; il constata une augmentation de la pression intrapleurale ; mais ce fait est difficile à rapporter à l'organisme humain, car l'intestin des chiens, contrairement à celui de l'homme, renferme des matières très consistantes, et très peu d'air. Néanmoins il résulte les mêmes données sur la pression intrapleurale, des expériences d'Aron. Cet auteur a observé également, sur deux malades trachéotomisés, les variations de la pression intratrachéale pendant le séjour dans une cabine pneumatique ; d'après lui, l'inspiration ne devient plus ample que pendant le stade d'augmentation de la pression ; puis elle redevient plus superficielle, et reprend son amplitude primitive à la fin de l'expérience. Aron établit encore, avec un appareil construit par lui, que l'ampliation thoracique augmentait pendant l'augmentation de pression et restait constante pendant l'expérience, pour devenir normale avec l'abaissement de la pression. Le Dr Lazarus et Jacobson, ainsi que Vivenot, Panum et Paul Bert se sont occupés des variations de la pression sanguine. Dans quelques cas, celle-ci n'avait pas varié ; dans d'autres elle avait augmenté d'une quantité égale à 1/12 au 1/8 de sa valeur normale. En tout cas jamais l'air comprimé ne l'a abaissée. Zadek a obtenu les mêmes résultats en se servant du sphagmomanomètre d'après la méthode de Blasch.

Il était encore intéressant de noter les variations de température, qui coïncidaient avec les oscillations observées dans le régime circulatoire, pendant un séjour dans la cabine pneumatique. La température était prise dans le rectum, dans le creux axillaire, et dans les espaces interdigitaux. Strembo distingue, en conséquence, une zone de température externe, une moyenne

et une interne, ce qui lui sert à établir les variations du régime circulatoire. Il trouve un abaissement de température dans les 3 jours, mais plus évident dans la zone externe (espaces interdigitaires), moins évident dans la zone interne (rectum) ; il en conclut à un appel centripète du sang pendant la durée de son expérience.

Suchorski pense, lui aussi, que, par suite de l'action de l'air comprimé, tous les réseaux capillaires de la surface du corps et des poumons sont resserrés, les veines se vident, et que le sang est appelé vers les organes abdominaux.

Pendant le séjour dans la cabine pneumatique, la pression de l'air ne retentit pas sur la circulation artérielle, le pouls ne varie pas ; il est cependant à noter que, durant la phase initiale, qui consiste en l'augmentation de la pression artérielle, la courbe du tracé sphygmographique s'élève, pour s'abaisser de nouveau au moment où l'on revient à la pression normale.

Pour les anciens auteurs l'influence chimique de l'air comprimé consistait en une absorption plus grande d'oxygène, par suite d'un effort plus considérable de ce gaz. Liebig a vérifié par ses expériences ces résultats. Mais il se trouve en contradiction avec Lœwey qui nie une absorption plus grande d'oxygène, et une élimination plus considérable d'acide carbonique. Suchorski trouve au contraire une diminution de ces échanges gazeux. Bref, la question n'est pas encore élucidée.

Il en est de même d'un autre problème, ayant trait à l'élimination de l'urée. Hadra a recherché sur lui-même l'élimination de l'azote : quand il est resté plusieurs heures exposé à une pression de 2 atmosphères, l'urée augmente dans ses urines. Fränkel, au contraire, ne trouve aucune variation dans ce facteur ; il est vrai qu'il a expérimenté sur des animaux.

Nous voyons donc que les questions physiologiques, ayant trait à l'action mécanique et chimique de l'air comprimé, sont loin d'être résolues. Tant qu'on reste sur le domaine de la théorie, tout est clair, mais quand on choisit l'homme ou l'animal comme sujet d'expériences, les résultats ne concordent plus. Sans vouloir nier l'existence d'une influence nerveuse, qui serait peut-être purement psychique, le Dr Lazarus croirait volontiers que l'air comprimé produit une excitation cutanée. D'ailleurs, Jacobson reconnaît comme impossible une action directe de la pression atmosphérique sur les vaisseaux ; il croit plutôt que c'est par l'intermédiaire des nerfs vasomoteurs, que le sang prend une direction centripète.

Bref, l'organisme n'est pas invariable comme une formule authentique. Il possède de nombreux facteurs essentiellement instables et variés pour divers individus; ce sont, par exemple, l'élasticité de la paroi thoracique, de la paroi abdominale, du parenchyme pulmonaire, la pression des gaz intestinaux, etc. Il n'est donc pas étonnant qu'il soit impossible d'établir un tableau schématique de toutes les influences, produites par le séjour dans une cabine pneumatique, et on s'explique très bien les divergences des auteurs. Néanmoins cette méthode a permis d'établir certaines données d'une façon ferme et irréfutable, et d'appuyer, sur des bases solides, une thérapeutique efficace. Il résulte de ces données que l'air comprimé diminue la fréquence du pouls et de la respiration, augmente la capacité respiratoire ; enfin, par ce procédé on respire un air renfermant, non pas plus d'oxygène pour cent, mais plus d'oxygène à volume égal, puisqu'il est comprimé.

Les *indications thérapeutiques* de cette méthode se résument dans la pleurésie, les infiltrations chroniques des poumons, le catarrhe bronchique chronique (catarrhe asthmatique), et les troubles circulatoires consécutifs, si toutefois il n'y a pas d'affection organique du cœur, et d'anomalies de nutrition, telles que la chlorose et l'anémie.

La pneumothérapie ne doit pas être employée dans les maladies aiguës, surtout avec fièvre. En effet, le malade est couché et ne doit pas quitter son lit. Puis la cure pneumatique, dont les résultats ne sont pas toujours prompts, aurait une durée plus longue que le stade fébrile lui-même. Enfin, son action mécanique et chimique aurait sur les muqueuses enflammées une influence beaucoup plus dangereuse que bienfaisante.

Il faut soumettre à ce traitement les malades, atteints de pleurésie, quand l'épanchement séreux a déjà commencé à disparaître, et qu'il est nécessaire d'aider le poumon à se développer. Les résultats sont excellents ; mais ils sont encore plus éclatants lorsqu'il n'y a plus d'exsudat, et qu'il subsiste seulement quelques adhérences pleurales.

Les effets obtenus par la cabine pneumatique, sont aussi bons dans les infiltrations chroniques, où le tissu pulmonaire, vide d'air, ne subit plus la moindre extension respiratoire, ou bien encore dans les catarrhes circonscrits, qui subsistent fréquemment après une bronchopneumonie.

Dans certains catarrhes de la muqueuse bronchique, où le poumon ne subit plus son développement normal pendant la respiration, il est excellent de faire subir aux malades une cure pneumatique. Les deux facteurs importants de ce traitement, l'augmentation de développement des bronches, et l'élévation de la pression intrabronchiale, ont, dans la méthode passive, une valeur plus grande que dans la méthode active, car elles agissent alors d'une façon absolument indépendante de la volonté du malade. L'inflammation, qui dans les vieux catarrhes avait pris un caractère torpide, subit une excitation bienfaisante, par suite de laquelle la circulation est activée, les conditions de résorption et de sécrétion sont améliorées. L'influence mécanique de l'air comprimé augmente de nouveau le champ respiratoire ; son action chimique favorise également la respiration, en permettant un rapport plus considérable d'oxygène, chose si précieuse dans la dyspnée.

L'auteur recommande également l'usage de la cabine pneumatique, pour les troubles de la petite circulation, qui ont amené une dilatation du ventricule droit. On peut encore l'employer pour les catarrhes bronchiques, dus à la stase sanguine, dans les cas de myocardite chronique. De même, s'il est évident que la pneumothérapie ne peut rendre sa constitution normale à un myocarde dégénéré, par suite d'une mauvaise nutrition consécutive à des troubles vasculaires (sclérose des artères coronaires), elle peut néanmoins amener une amélioration de ses conséquences (catarrhe bronchique) et écarter mo-

mentanément certaines complications. Néanmoins, ainsi que nous le disions plus haut, certains cliniciens n'osent pas employer ce traitement en pareil cas. Il en est de même pour la chlorose et l'anémie. Pourtant l'auteur a obtenu de bons résultats par l'air comprimé, dans la cure de ces deux maladies.

Il existe quelques *contre-indications* à cette méthode, telle que, par exemple, l'ankylose des articulations chondro-sternales. Quand, à cette raideur thoracique, s'ajoute une raideur de la paroi abdominale, produite par un panicule adipeux assez abondant, on ne peut employer la cabine pneumatique pour guérir un catarrhe bronchique chronique. En effet, en raison de ces immobilisations thoraciques et abdominales, l'air comprimé ne peut exercer son action que sur la surface intérieure des poumons, et alors on peut observer des déchirures du parenchyme pulmonaire. Il faut aussi prendre de grandes précautions chez les artério-scléreux, pour éviter des ruptures d'artères ; pour cela il faut surtout surveiller la phase du changement de pression, et diminuer un peu la pression thérapeutique. De même, puisque des parois artérielles fragiles ne peuvent supporter une haute pression, il ne faut pas mettre dans la cabine pneumatique les gens prédisposés aux hémoptysies, et surtout ceux qui en ont eu, même longtemps auparavant. Aussi l'auteur a vu des hémoptysies se produire dans la cabine pneumatique, chez des personnes, dont les derniers crachements de sang remontent à 15-16 ans, et qui n'avaient plus aucun signe de tuberculose aiguë dans les sommets des poumons ; celles-ci présentaient, comme indication de la cure d'air comprimé, un catarrhe bronchique.

En résumé, de même que la thérapeutique physique prend, chaque jour, une extension plus grande, de même la méthode pneumatique ne tardera pas à se généraliser, et à recueillir de plus en plus d'adhérents, quand on reconnaîtra les résultats merveilleux qu'elle permet d'obtenir.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La limitation des clientèles et l'encombrement médical.

Monsieur le Directeur,

Voilà bien vingt ans que, à cette tribune hospitalière de notre cher *Concours médical*, je rompais des lances en faveur de la limitation du nombre des médecins. Nul, je dois l'avouer, ne parut entendre mon cri d'alarme, et j'éprouve un amer plaisir à voir ma prédiction si tôt et si complètement réalisée.

Cela ne me touche guère personnellement, car je suis à la fin de ma carrière, et je n'ai pas de fils ; mais enfin qui ne serait altruiste, sinon un médecin ?

Nous sommes donc, à présent, tous d'accord sur le mal, mais tant que nous ne nous entendrons pas sur le remède, personne ne nous écoutera.

Tout d'abord, la question, il me semble, est mal posée.

On se lamente, on s'apitoye sur notre malheureux sort ; mais qu'est-ce que cela peut leur faire, à nos maîtres, députés et sénateurs? Prouvons-leur, ce qui a l'air paradoxal, que la santé du public, la leur même, est compromise par cette surabondance de médecins et de pharmaciens, et nous avons chance d'être écoutés.

En effet, la quantité est souvent obtenue aux dépens de la qualité, et c'est surtout vrai dans notre cas.

Car comment espérer instruire pratiquement à la fois un si grand nombre d'étudiants.

Puis, il y a autre chose que la science, il y a l'honnêteté.

Eh bien, quand un homme, même instruit, ne peut vivre honorablement de sa profession, il faut bien qu'il vive tout de même. Et alors aux dépens de qui ?

Et ce qui est vrai pour le médecin, l'est au moins autant pour le pharmacien.

Quel est le médecin de bonne foi, qui viendra soutenir, qu'à part d'honorables exceptions, on se sente aussi sûr de l'exécution intégrale de son ordonnance qu'il y a trente ans !

Et pourtant un médecin qui n'a pas toute confiance en son pharmacien, est un soldat qui n'est pas sûr de son arme.

Il faudrait donc faire moins de médecins et de pharmaciens, et les mieux instruire pratiquement.

Il y aurait long à dire sur ce sujet.

Enfin la sélection, par voie de concours, avec un jury central, comme pour les ingénieurs de l'Etat, permettrait de retenir l'élite.

Un stage sérieux dans les hôpitaux ou chez des médecins honorables, avec des examens pratiques et complets en dernier lieu, compléterait le système.

Jusqu'ici, je suis avec la majorité de mes confrères, mais je vais plus loin.

La limitation en général serait un bien immense pour tout le monde, dans l'avenir, mais une meilleure répartition des praticiens s'impose. De quel droit des cantons entiers sont-ils complètement dépourvus de médecins et de pharmaciens, quand d'autres en sont saturés ? Les uns et les autres sont habités par des Français qui souffrent et meurent également.

Les uns et les autres n'ont-ils pas les mêmes droits, supportant les mêmes charges ?

Et les divers services d'hygiène, de surveillance des nourrices, etc.

Par qui seront-ils assurés, là où il n'existe que des rebouteurs ?

Qu'on n'invoque pas la liberté, car cet argument pourrait être appliqué à tout ce qui nous gêne.

On y verrait peut-être un commencement de fonctionnarisme.

Eh bien, le beau malheur !

Le moi est, je le sais, toujours haïssable ; mais enfin j'ai été fonctionnaire à trois titres différents : Professeur de l'Université, puis médecin d'asiles d'aliénés, enfin médecin militaire.

Eh bien, je n'ai peut-être pas passé un jour, depuis cette époque, sans regretter cet heureux temps, où, dépendant, il est vrai, d'une administration débonnaire, je jouissais en échange de vagues services, d'un repos complet la nuit, de nombreux jours de vacances, et d'un traitement fixe.

Ils me la baillent belle, ces confrères qui crient : médecins, oui, fonctionnaires, jamais. Ils ont donc, pour parler ainsi, l'indépendance

que donnent des rentes assurées. Mais pour le malheureux médecin qui vit uniquement de sa clientèle, est-il une profession plus dépendante et plus mal rétribuée? Il vaudrait mieux être facteur rural.

Voyez autour de vous le receveur de l'enregistrement, le percepteur, etc.

Veulent-ils se promener, se reposer ; d'un coup de pouce ils retournent un petit carton « Le bureau est fermé », et tout est dit.

Ils sont bien tranquilles. Ils ne perdront pas un client.

Tandis que moi, médecin, le dernier des manants, d'un coup de sonnette vient la nuit troubler mon sommeil. Pas un jour de repos assuré, pas un repas, pas une heure !

Pas de fonctionnarisme ! Et pourquoi alors le moindre fixe annoncé excite-t-il tant de compétitions ? Mystère et contradiction.

Et notez que ces fixes n'ont rien de fixe, et que, au lieu d'être fonctionnaire de l'Etat, avec toutes les garanties que donne ce titre, on est aux gages d'une municipalité ou d'un particulier, qui vous prend et vous renvoie à son gré.

Essayez donc seulement, pour voir, d'établir quelques postes médicaux dans chaque département, avec 5 ou 6.000 francs de fixe.

Vous verrez si les candidats manqueront.

Il y a encore autre chose : à notre époque de socialisme à outrance, n'est-il pas triste de vivre surtout aux dépens des malheureux.

Car, il n'y a pas à dire, nos clients de beaucoup les plus nombreux sont pauvres, ou près de le devenir. En effet, l'ouvrier dont le gain nourrit seul une famille, est, en cas de maladie, promptement aussi pauvre que l'indigent officiel, et est beaucoup plus intéressant. C'est pourtant lui et le modeste laboureur, qui composent la grosse partie de notre clientèle.

Notez, qu'en raison de leurs travaux, ils sont beaucoup plus souvent malades que les riches.

Comment, on trouve tout naturel d'avoir dans les plus petites communes, instituteurs, curés, vicaires, etc., payés par l'Etat ; et l'on ne paierait pas un bon médecin, par trois mille habitants !

Qu'on ne vienne pas parler des inconvénients du système : absence d'émulation, dépendance du public, etc. Toutes ces critiques s'appliqueraient aussi bien aux fonctionnaires ci-dessus.

On pensera bien que ce n'est pas dans un article écrit *currente calamo*, que l'on peut établir un système complet.

Mais, comme je l'ai dit, il me semble que celui des ingénieurs de l'Etat, avec leur indépendance presque complète, la sélection par concours au début, le classement, qui permettrait au plus fort de choisir son poste, une retraite, etc., tout cela corrigé, amendé, et adapté à notre profession, ne serait œuvre ni longue ni difficile.

Si cela se réalise jamais, je demande à renaître dans un de nos confrères futurs, car alors seulement on pourra réaliser ce rêve de tout médecin, digne de ce nom : se consacrer sans crainte du lendemain, au soulagement des plus malheureux des hommes, c'est-à-dire de ses frères pauvres et malades.

Veuillez agréer, etc.

Dr Guillou,
à la Tremblade, Charente-Inférieure.

CORRESPONDANCE

Comment le médecin doit augmenter ses recettes.

Nice, le 13 avril 1900.

Monsieur et honoré Confrère,

J'ai reçu, il y a trois jours, la visite d'un monsieur J..., pharmacien, fabricant de produits pharmaceutiques et spécialités à F..., et en plus docteur en médecine.

Ce monsieur, en train de faire une tournée dans le Midi, visite les docteurs et leur tient les propos suivants : « Je viens, sous les auspices du Dr X votre ami, vous proposer la *combinaison* suivante. Les médecins prescrivent beaucoup aujourd'hui la spécialité. Or, des bénéfices énormes que ces spécialités rapportent, l'inventeur et les journaux qui font de la publicité pour elles, profitent seuls. Eh bien, il n'est pas juste qu'il en soit ainsi et le médecin, qui prescrit des spécialités, doit avoir lui aussi sa part. Je monte une société, par actions, dont les actionnaires seront des médecins (500) et quelques pharmaciens. Chaque médecin peut prendre de 1 à 4 actions (maximum). Ces actions rapporteront, au bas mot, 10 à 12 %, ce qui est un excellent placement! Le médecin aura, ainsi, intérêt à prescrire des spécialités qu'il connaîtra et qui lui donneront un bénéfice.

A ce beau discours j'ai répondu :

1° Que je ne pouvais admettre cette association entre docteurs et fabricants de produits pharmaceutiques, car le médecin n'était pas un commerçant et qu'il y avait là une indélicatesse dont la dignité de notre profession devait mal s'accommoder.

2° Qu'il m'importait peu de savoir à qui allaient les bénéfices des spécialités et que, quand, par hasard, j'en prescrivais c'était dans l'intérêt du malade et non pas dans celui du fabricant ou dans le mien.

3° Que d'ailleurs je n'ordonnais de spécialités que (sauf par quelques produits bien spéciaux) quand je ne pouvais faire autrement, estimant que, dans une grande ville, on peut trouver des pharmaciens assez instruits et assez honnêtes pour faire de bonnes préparations, et bien les présenter. En plus j'estimais que prescrire les spécialités non légitimes, c'était me porter un préjudice moral et pécuniaire assez notable : *moral*, car l'on pourrait supposer ou que je ne sais pas formuler, ou que j'ai un intérêt à ordonner telle ou telle spécialité ; *pécuniaire*, car mon client n'aura qu'à aller chercher, de lui-même, un nouveau flacon sans me consulter et recommander, à tous ses voisins et amis, un produit dont il aurait cru obtenir de bons effets.

Et finalement, qu'il valait mieux, dans l'intérêt de mes malades, formuler moi-même, car je pouvais ainsi faire varier mes doses et associer les médicaments qui, selon moi, devaient leur être le plus utiles.

Voilà le résumé d'une conversation de plus d'une 1/2 heure (au moment de me mettre à table, bien entendu !). Le monsieur ne m'a pas caché que, d'après lui, je retardais sur le siècle. — Est-ce qu'il y a dix ans, vous auriez osé proposer chose semblable, à un médecin, lui ai-je demandé ? — Ce à quoi il m'a répondu qu'il y a dix ans la spécialité n'était pas ce qu'elle est aujourd'hui, et que, ne pouvant pas l'enrayer, je devais en profiter. Sur cette belle réponse, nous nous sommes séparés.

En résumé, je pense qu'il y a incorrection, à recevoir un tant pour cent sur les produits que l'on prescrit ; que ce serait d'un mauvais effet et que la dignité du corps médical en souffrirait : car l'on ne manquerait pas de dire, que si, du jour au lendemain, 40 médecins, dans une ville (c'est le chiffre qu'il espère avoir à N.), se mettent à prescrire des spécialités pas connues, ou inconnues la veille, c'est qu'ils ont un intérêt à le faire.

En se plaçant au point de vue commercial, c'est être dupe, que de prendre 1, 2 ou 4 actions (maxi-

mum) de 250 fr. chaque, car en admettant qu'elles vous rapportent 10 ou 12 %, on ne ferait jamais pour 4 actions que 100 ou 120 frs. Tandis que, *derrière le fabricant, se trouvent de forts actionnaires pour lesquels travaillerait le médecin*.

Je suis, Monsieur et honoré Confrère, un tout jeune médecin ; aussi, quoique mes idées aient été approuvées par mon père, médecin aussi, et par plusieurs autres confrères, je viens vous demander si j'ai eu raison de répondre ainsi et si mes observations sont justes.

Excusez-moi, je vous prie, de vous avoir si longuement écrit, mais j'ai pensé que votre réponse pourrait servir à lever les doutes de beaucoup de jeunes confrères qui sont dans mon cas.

Dr Jules Griezec,
Nice.

Réponse. — On vous adresse selon votre désir, les statuts de l'Amicale. — Si vous étiez, depuis longtemps, membre du Concours, vous sauriez que, pas plus que vous, nous ne songeons aux *combinaisons* que vous propose M. F... Nous aussi, avons le désir de diminuer la gêne médicale et ce n'est pas la vente des spécialités, par le médecin, que nous préconisons. La pharmacie aux pharmaciens, toute la médecine aux médecins et nous ne serons en butte à aucune suspicion. Nous avons, nous, au Concours, réussi à enrichir le médecin, par le simple exercice de sa profession. Par nos prédications de 20 années, nous avons obtenu et obtenons de plus en plus, par l'envoi régulier des notes d'honoraires; par l'application d'un tarif rémunérateur, par nos campagnes contre les collectivités, les Compagnies ; surtout par la cessation de la lutte pour l'abaissement des tarifs, des résultats inespérés, que ne donneront jamais les associations entre médecins et pharmaciens. Que de régions où le médecin qui touchait 6.000 fr. en touche maintenant 9, par l'abandon des pratiques ruineuses d'une concurrence indigne.

C'est là, à notre avis, la mine vraiment inépuisable ; elle n'est limitée que par les ressources du client, qu'on ne doit pas dépasser. Mais il est licite de lui demander de payer selon sa condition. Obtenez ce résultat et vous n'aurez besoin de personne pour vivre honorablement.

REPORTAGE MEDICAL

Plaques de contrôle des vélocipèdes. — A partir du 1er mai 1900, tout vélocipède ou appareil analogue doit porter une plaque de contrôle d'un nouveau modèle.

Cette plaque sera valable pour une durée de quatre années. (Loi du 24 février 1900, art. 4.)

Les nouvelles plaques seront remises gratuitement par le percepteur aux possesseurs de vélocipèdes inscrits au rôle, immédiatement après la publication de ce rôle.

La délivrance en est faite au vu de l'avertissement et contre le paiement des douzièmes échus de la taxe.

Les vélocipèdes doivent être munis d'autant de plaques de contrôle qu'ils comportent de places. (Décret du 10 décembre 1898, art. 1er.)

Les plaques doivent être fixées sur le tube de direction des appareils, soit au moyen d'une lame métallique délivrée en même temps que la plaque, soit par tout autre procédé.

Pour les vélocipèdes à plusieurs places, la première plaque est fixée sur le tube de direction, les autres sur les tubes diagonaux du cadre qui supporte chacune des selles, à partir de la seconde.

S'il s'agit de vélocipèdes à moteur mécanique comportant plus d'une place, elles sont fixées les unes au-dessus des autres sur le tube de direction.

Les plaques de contrôle doivent toujours être apparentes. (Même décret, art. 2.)

Inscription du nom, etc., sur les plaques.

Les contribuables sont tenus de faire graver, dans le cartouche réservé à cet effet sur les nouvelles plaques, leurs nom, prénoms et adresse. (Loi du 24 février 1900, art. 4.)

Les contraventions à cette disposition sont punies des peines de simple police. (Même loi, art. 8.)

Les plaques devenues inutilisables sont remplacées gratuitement par le percepteur du lieu de l'imposition, sous la réserve que les contribuables justifient de leur identité et qu'on puisse facilement reconnaître, sur les plaques hors d'usage ou sur leurs fragments qui seront retenus, le poinçon de l'Etat et les inscriptions relatives aux nom, prénoms et adresse. (Même loi, art. 4.)

Contribuables ayant cessé de posséder un vélocipède.

Les contribuables qui ont cessé de posséder un vélocipède doivent, dans les quinze jours, en faire la déclaration au maire de la commune de leur résidence et lui remettre, en même temps, la plaque de contrôle qui leur avait été délivrée. Faute de s'être conformés à cette prescription, ils sont maintenus, pour l'année suivante, au rôle de la commune où ils étaient précédemment imposés. (Même loi, art. 7.)

Contribuables devenus possesseurs d'un vélocipède en cours d'exercice.

Le contribuable qui devient possesseur d'un vélocipède en cours d'exercice obtient délivrance de la plaque de contrôle exigée par la loi :

1° En présentant au percepteur de la commune dans laquelle la taxe est exigible le récépissé du maire constatant que son vélocipède a été déclaré ;

2° En justifiant de son identité ou en versant le montant de la taxe.

Le secret professionnel et nos certificats. — La Cour d'appel d'Aix vient de rendre un arrêt qui intéresse les praticiens, en voici les considérants :

« Attendu que la loi a fait du secret professionnel une prescription d'ordre public ; qu'il est la propriété exclusive de la personne qui l'a confié ; que le médecin n'est pas libre d'en disposer à son gré ; que le docteur X..., ayant donné des soins à Mme Y..., n'a connu sa maladie qu'à raison de l'exercice de sa profession et que, pour ce motif, il lui était interdit de la révéler ; que le certificat qu'il a délivré à la date du 5 janvier 1898, sans le consentement formel de son ancienne cliente, constitue un manquement aux devoirs de discrétion qui lui étaient imposés par la loi ; qu'il doit être écarté des débats..... »

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4.490. — M. le docteur Omnès, 46, rue d'Amsterdam, à Paris, présenté par M. le Directeur.

N° 4.491. — M. le docteur Thierry, de Paimpol (Côtes-du-Nord), membre de l'Association et du Syndicat des Côtes-du-Nord).

N° 4.492. — M. le docteur Jouliard, de Paris (Seine), présenté par M. le docteur Marieux, de Paris, et membre de l'Association et du Syndicat des médecins de la Seine.

N° 4.493. — M. le docteur Conte, de Narbonne (Aude), membre du Syndicat de Narbonne.

N° 4.494. — M. le docteur Brionne, de Ablis (Seine-et-Oise), membre du Syndicat de Rambouillet.

Le Directeur-Gérant : A. GÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 18 5 MAI 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Hommage à MM. Cézilly et Gassot.

Liste des 4 premiers jours.

MM. les docteurs Jeanne, de Meulan (Seine-et-Oise) ; Maurat, de Chantilly (Oise) ; Huguenin, de Paris , Pannetier, de Triel (Seine-et-Oise) ; Petit (Arthur), de Paris ; Pigache, de Pavilly (Seine-Inférieure) ; Coutaud, de Saumur (Maine-et-Loire) ; Grabinski, de Neuville-sur-Saône (Rhône) ; Syndicat de l'arrondissement de Versailles ; M. Pierre, administrateur-délégué de la Participation ; *La Participation* ; MM. les docteurs Huette, de Montargis (Loiret) ; Bauzon, de Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire) ; Tacheron, de Bar-sur-Aube (Aube) ; Richard, de Lille ; Le Menant des Chesnays, de Ville-d'Avray (Seine-et-Oise) ; Pasturaud, d'Etampes (Seine-et-Oise) ; Bonneau, de Courçon-d'Aunis (Charente-Inférieure) ; Huret, de Véretz (Indre-et-Loire) ; Grellière, de Neauphle-le-Château (Seine-et-Oise) ; Rigabert, de Marly-le-Roi (Seine-et-Oise) ; de Grissac, d'Argenteuil (Seine-et-Oise).

Produit de la 1re liste : **292** *francs.*

PROPOS DU JOUR

La Caisse des Pensions de retraite des médecins français.

L'Assemblée générale de la Caisse des pensions n'ayant lieu cette année que le 29 juillet, c'est-à-dire beaucoup plus tard que d'habitude, nous publions, par anticipation, les tableaux suivants, qui figurent dans le rapport du trésorier.

Le détail des chiffres sera expliqué dans ce rapport ; mais, en attendant sa publication, les membres de la Caisse des pensions de retraite pourront se faire une idee générale de la situation, laquelle continue, du reste, à être des plus satisfaisantes.

Bilan au 31 décembre 1899

	Actif. Comptes débiteurs.	Passif. Comptes créanciers
Caisse ... F.	10.342 01	
Obligations Communales 1879	8.002 95	
Obligations du Chemin de fer du Midi	135.840 95	
Rente 3 % amortissable	149.983 »	
Obligations Foncières 1883	44.100 »	
Obligations Communal. 1892.	23.400 »	
Obligations du Chemin de fer d'Orléans	46.400 »	
Obligations Foncières 1879	9.278 05	
Obligations Paris-Lyon-Méditerranée (souscription ancienne)	45.887 60	
Obligations Ville de Paris 1896	18.325 »	
Rente 3 %	59.430 »	
Obligations du Chemin de fer de l'Est	22.550 »	
Obligations de la Banque hypothécaire de France 1881	21.860 10	
Obligations de la Banque hypothécaire de France 1880.	160.403 30	
Caisse auxiliaire		1.383 41
Capital inaliénable		543.073 13
Caisse de réserve		211.346 42
	755.802 96	755.802 96

Profits et pertes.

A frais généraux pour balance........F.			4.708 95
A valeurs du portefeuille pour moins-value constituées par la différence des cours de la Bourse du 31 décembre 1898 au 30 décembre 1899................			31.330 95
A Caisse auxiliaire pour versement statutaire :			
1 % sur cotisations.........F.	608 28		
1 % sur intérêts................	233 23		
	841 51		841 51
Total du débit..............F.			36.881 41
Excédent disponible des recettes (somme répartie comme il est dit à l'article 21 des Statuts), savoir :			
25 % au capital inaliénable.F.	7.376 12		
75 % à la Caisse de réserve..	22.128 33		
	29.504 45		29.504 45
			66.385 86
Par valeurs du portefeuille pour intérêts et coupons encaissés en 1899......F.			23.323 23
Par valeurs du portefeuille pour plus-value................................			719 25
Par Caisse des pensions pour la partie disponible des recettes et le compte au 31 décembre 1899, c'est-à-dire la différence entre			
les cotisations encaissées.F.		61.044 63	
et les retraites..F. 18.485 »			
et remboursements 216 25			
	18.701 25	18.701 25	
		42 343 38	42 343 38
Total égal...............F.			66.385 86

Retraites payées en 1899.

(1)			
1894	M. B	F.	1.200 »
	Mme C		1.200 »
	MM. C		195 »
	G		1.200 »
1895	M. B		1.200 »
	M. et Mme B		1.200 »
	MM. L		1.246 »
	G		260 »
	H		1.200 »
	L		600 »
	L		600 »
	R		109 50
1896	MM. G		464 50
	B		244 »
1897	MM. D		483 »
	L		758 »
1898	M. P		600 »
1899	MM. M		1.200 »
	M		600 »
	M		1.200 »
	Mme L		600 »
	MM. B		1.200 »
	L		325 »
	A		600 »
			18.485 »

Rappel du chiffre des retraites payées.

En 1894.................F.	5.243 »
En 1895	11.658 50
En 1896	14.318 90
En 1897	15.395 90
En 1898	15.996 »
En 1899	18.485 »
	81.097 30
Retraites payées par la Caisse auxiliaire depuis 1894..............F.	6.108 »

Le Trésorier,
Dr H. VERDALLE.

(1) Le millésime en marge indique l'époque où le Sociétaire est entré en jouissance de sa pension.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'orthoforme contre les crevasses du sein et les hémorrhoïdes.

M. le Dr *Bardet* préconise les formules suivantes d'application de l'orthoforme chez les femmes atteintes de crevasses du sein :

Orthoforme..............	5 grammes.
Ether sulfurique q. s....	pour dissoudre.
Huile d'amandes douces	20 grammes.

En badigeonnant le mamelon avec cette préparation, on obtient une cuisson assez vive pendant une à deux minutes, mais l'anesthésique dissous pénétre dans la masse des plis et exerçe alors son action, après l'évaporation qui le dépose à l'état cristallin. Par ce moyen l'anesthésie est obtenue, mais il est bien évident que l'orthoforme ne peut agir qu'à la condition de se trouver en contact avec l'excoriation douloureuse ; c'est donc simplement une question de mode d'emploi.

Il faut recommander de faire, avant la tétée, un lavage à l'eau alcoolisée au cinquième, de manière à enlever la poudre qui pourrait se trouver sur le bout du sein. Dans ces conditions, même en admettant que les traces de substance soient capables d'exercer une action sur l'enfant, on arrive à supprimer toute chance d'intoxication.

Dans des cas de fissure anale et d'hémorrhoïdes douloureuses, on peut obtenir de bons résultats en faisant des applications d'une pommade dont voici la formule :

Oxyde de zinc...........	20 grammes.
Huile d'amandes douces.	20 —
Cérat blanc..............	20 —
Baume du Pérou........	X gouttes.

Cette masse, dont la formule a été donnée par M. Lutz, étant préparée de manière bien homogène, on y ajoute à la spatule par simple mélange :

Orthoforme..............	10 grammes.

Puis, le tout est introduit dans une vessie à couleur, sur le pas de vis de laquelle se visse une canule. On introduit la canule jusque dans le rectum, puis on revient lentement en arrière en pressant. Par ce moyen, il est possible de laisser dans tout le canal anal une certaine quantité d excipient et d'orthoforme, qui pénètre au milieu des plis radiés de l'anus et y exerce sur la fissure son action anesthésiante.

Dans des cas d'hémorrhoïdes sèches avec irradiations très douloureuses, M. Bardet a fait des insufflations avec un mélange d'orthoforme et d'iodoforme, ce qui a très bien réussi. Il est à noter que dans ce mélange l'iodoforme perd la plus grande partie de son pouvoir odorant.

Traitement de la Bartholinite suppurée.

M. le Dr *Cuche*, de Lure (Haute-Saône), indique, dans le Journal de Lucas Championnière, une méthode de traitement extrêmement utile à connaître dans les cas de Bartholinite suppurée.

Le plus ordinairement, nous nous trouvons en présence d'une tumeur fluctuante de la grosseur

et de la forme d'une amande, dont le grand axe se confond avec celui de la face interne de la grande lèvre.

La plupart du temps, la malade a laissé s'ouvrir seul son abcès ; ce n'est que lorsqu'elle a eu une ou plusieurs récidives qu'elle consulte le chirurgien.

Le moment le plus propice pour l'intervention est celui où l'abcès est encore complètement clos.

Voici comment on devra procéder habituellement :

On fait saillir la tumeur entre le pouce et l'index de la main gauche et on la ponctionne au bistouri. On agrandit légèrement l'ouverture avec des ciseaux coupant bien de la pointe, de façon à lui donner un centimètre à un centimètre 1/2 de longueur environ.

Après avoir exprimé la tumeur pour en évacuer le contenu, qui a parfois la consistance d'un muco-pus très épais, on introduit dans la cavité, à l'aide d'une pince à mors plat, le quart d'une pastille de potasse et on l'y abandonne ; le caustique fuse naturellement et se répand dans toute la poche ; on facilite cette diffusion en malaxant légèrement et on laisse les choses en l'état, après avoir placé entre les deux grandes lèvres un petit tampon de gaze antiseptique froissée.

Le lendemain, on trouve l'ouverture entourée d'une aréole noirâtre dessinant une ellipse de la grandeur d'une pièce de un franc; c'est la paroi cutanée de la glande suppurée ; celle-ci s'élimine dans la huitaine et 20 jours après, la guérison est complète. La récidive est impossible, puisque la glande n'existe plus, et la cicatrice qui en résulte est insignifiante.

Pendant la durée du traitement, un simple tampon de gaze froissée, entre les grandes lèvres, remplacé après chaque miction, suffit comme pansement.

La malade peut ne pas interrompre ses occupations.

Cette manière de procéder est très utile au médecin isolé, puisqu'elle lui permet de se passer d'aide.

Antithermiques et antipyrétiques

Dans une récente leçon clinique, M. le Dr *Roger* indique, en détail, les principaux moyens antithermiques que possède la thérapeutique :

Voici les différents procédés employés quand on veut faire de la réfrigération, dans la fièvre typhoïde, par exemple :

1° Le premier et le plus simple de tous consiste à prendre une grosse éponge plongée dans de l'eau à 12 ou 15°, le malade étant au lit, et à faire des lotions par tout le corps. On essuie le malade et on l'enveloppe ensuite dans une couverture bien sèche. Ce procédé est peu courant.

2° La méthode de Trousseau est également abandonnée ; elle consiste à placer le malade dans une baignoire et à l'asperger avec de l'eau froide.

3° Le procédé du drap mouillé est très usité. Un drap est plongé dans de l'eau à 10°, on l'exprime et on en enveloppe le malade qui y séjourne pendant 10 minutes.

4° Enfin les bains tièdes, méthode très employée autrefois et qui l'est encore par Bouchard; la voici : le malade est placé dans un bain dont la température est de 2° inférieure à celle qu'il présente, on l'y laisse séjourner quelques instants, puis on abaisse progressivement la température à 30°. On donne 8 bains analogues par jour.

5° La méthode de Brand consiste à donner des bains, à la température de 20°, et dans les états graves à celle de 18°, dont la durée est de 15 minutes. Chaque fois que la température du malade dépasse 39° on en donne un toutes les trois heures. Il est donc indispensable de prendre toutes les trois heures la température rectale ou vaginale. Dès après le bain, quand le malade est recouché, on reprend la température, pour déterminer l'influence exercée sur la thermogenèse.

Il faut donc, en tout, prendre la température seize fois; vous voyez, Messieurs, qu'il faut disposer d'un personnel éduqué et élevé à cette manœuvre.

Ceci exposé, supposons que nous donnons un bain à un malade dont la température dépasse 39° ; ici encore il y a toute une série de précautions à prendre.

1° Il faut examiner la peau du malade et enduire d'un corps gras, de la vaseline par exemple, les parties du corps qui présentent des pustules, des excoriations, de l'eczéma, ou de toute autre solution de continuité de la peau, dans le but d'empêcher l'action de l'eau qui pourrait déterminer soit un abcès, soit une lymphangite.

2° Brand recommande de faire d'abord des affusions froides sur le corps du malade, pour l'habituer aux basses températures, avec de l'eau à 16° ou 17°, qui est une température inférieure d'environ 3° à celle du bain.

L'individu éprouve un saisissement qui le prépare à la température du bain, dans lequel vous le laissez dix ou quinze minutes. Pendant le bain vous aurez soin de lui verser de l'eau froide à 10° sur la nuque, à trois reprises différentes. Il recommande en même temps des frictions sur tout le corps des malades, faites par une infirmière accoutumée au massage, sauf sur le ventre, pour ne pas augmenter la gravité des lésions intestinales si fréquentes dans le cours de la fièvre typhoïde.

Pendant que le malade est dans le bain on peut lui donner à boire de la limonade vineuse. On le retire ensuite de l'eau, on l'essuie et on le remet dans des couvertures ; on ajoute des boules d'eau chaude aux pieds, mais il ne faut pas trop le surcharger de couvertures ni d'édredons pour que la réaction ne soit pas trop violente. Si un sujet est pris de frisson dans le bain, il ne faut pas le retirer immédiatement de la baignoire, comme on serait tenté de le faire, Brand le laisse frissonner pendant deux ou trois minutes, puis on le replace dans le lit, on l'essuie, et on l'enveloppe avec des compresses à 10°, dont on lui entoure tout le corps, la réfrigération continue ainsi après le bain. Cette dernière partie du traitement est aujourd'hui supprimée ; personnellement j'estime qu'il suffit de replacer le malade dans les couvertures.

Mais, dès après la sortie du bain, il faut alimenter le malade avec du lait, du bouilon. Brand avait l'idée que l'alimentation diminue la température et aussi l'adynamie. Cette action d'ali-

menter le malade après le bain, c'était déjà une innovation, car on avait l'idée que la diète absolue était de rigueur, dès qu'un malade avait la fièvre. Brand a fait bonne justice de cette croyance en supprimant la diète et en démontrant que l'alimentation était au contraire un des meilleurs moyens de réaction de l'organisme.

Les contre-indications à l'emploi des bains froids sont :

1° l'âge, première enfance et vieillesse; 2° les lésions organiques et en particulier celles du cœur, des reins, des poumons ; 3° enfin l'hystérie. Il faut encore ajouter la crainte des hémorragies intestinales.

« Certains auteurs ont soutenu que la myocardite n'est pas une contre-indication aux bains froids. Personnellement je n'ose pas, chez les malades qui ont des lésions cardiaques, donner des bains dans la crainte de voir survenir un accident, par exemple, une syncope mortelle que l'on a vue survenir quelquefois pendant que l'on transportait les malades du bain dans leur lit.

« Pour les malades atteints de lésions cardiaques et chez lesquels je redoute un arrêt du cœur, j'ai recours soit au drap mouillé, soit aux lavages froids, soit aux affusions froides. » (*Tribune médicale.*)

Mais il n'y a pas que le bain pour déterminer un abaissement de la température ; il existe une série de médicaments dits antithermiques et à chaque instant on en produit de nouveaux qui sont l'objet d'une vogue passagère, puis le silence se fait autour de cette innovation. Le plus illustre c'est la kairine employée si longtemps dans les services hospitaliers; c'est une substance qu'on a donnée à la dose de 3 et 4 grammes pour toutes les maladies.

En effet, la kairine abaisse la température de 2° ou 3°, et cela si rapidement que ses effets semblent merveilleux. On y a vite renoncé; on a vu que si on supprime la fièvre on ne supprime pas la maladie et on peut en dire autant des autres substances, de l'antifébrine elle-même. Toutes ces substances abaissent la température, en produisant des accidents ; elles combattent les réactions organiques, en empêchant l'élimination des déchets organiques et des toxines, résultat direct de l'infection ; de plus, elles agissent d'une façon nuisible sur le foie, sur le sang ; elles diminuent les échanges, les globules rouges se modifient, et le malade se cyanose.

Il y a cependant quatre substances auxquelles vous aurez recours : c'est la quinine, l'antipyrine, le salicylate de soude et le gaïacol.

La plus ancienne de toutes est la quinine, qui n'abaisse pas la température, mais la régularise, ce qui n'est pas la même chose. On ne la donnera pas cependant dans la fièvre continue. J'ai vu, en effet, un de mes maîtres, en donner dans ces cas-là des doses élevées sans résultat; même 2 ou 3 grammes demeurent sans effet.

Mais elle donne des résultats merveilleux à la fin de la fièvre typhoïde, au moment des grandes oscillations de température ; en ce moment vous aidez l'organisme, vous marchez, en l'administrant, dans le même sens que la nature.

Dans les fièvres intermittentes, surtout dans la fièvre palustre, elle tue le microbe dont elle est le véritable médicament spécifique.

L'antipyrine ne doit pas être employée, non plus, d'une façon aveugle. Elle réussit bien dans la fièvre tuberculeuse ; c'est la seule substance qui abaisse la température en pareil cas. Landouzy s'en est même servi comme pierre de touche pour le diagnostic de la tuberculose. Elle peut encore arrêter la grippe. Enfin, après les maladies aiguës, pendant la convalescence, avec élévation thermique par poussées, l'antipyrine est une excellente médication.

Le salicylate de soude réussit vraiment dans deux cas : 1° Dans le rhumatisme articulaire aigu dont il est le spécifique ; 2° dans les fièvres d'origine biliaire, parce qu'il s'élimine par les voies biliaires.

Enfin, le gaïacol, qui est considéré comme le spécifique de la tuberculose, est le dernier des antipyrétiques. Il demande à être employé avec précaution dans la tuberculose et les maladies thoraciques en général. Il rend de grands services à l'extérieur sous forme de pommades au 1/10 ou au 1/20 ; on a remarqué qu'il était plus vite absorbé sous cette forme, que par les voies digestives.

M. Roger ajoute qu'il rejette l'emploi des antithermiques et qu'il ne conserve que les bains froids et les quatre antipyrétiques : quinine, antipyrine, salicylate de soude et gaïacol.

Réduction des luxations de l'épaule.

Tout le monde connaît le procédé de *Kocher*, de Berne, pour réduire les luxations de l'épaule. M. *Stimsom* propose un autre procédé, qui peut rendre de grands services.

Voici en quoi consiste le procédé :

Un trou, d'environ 15 centim. de diamètre, est fait dans le milieu de la toile d'un brancard à environ 50 centim. d'une de ses extrémités. Le patient est placé sur le brancard de façon à ce que le bras luxé pende à travers la solution de continuité de la toile. Un sac contenant environ 10 livres de sable est appendu au poignet du membre lésé. Au bout de quelques minutes, la réduction est opérée.

Aucun des malades auxquels ce procédé a été appliqué ne s'est plaint de la moindre souffrance.

Théoriquement, dit l'auteur, il paraît préférable d'attacher le poids extenseur au bras, au-dessus du coude, mais en pratique il vaut mieux faire la suspension par le poignet, ce qui empêche le malade de se cramponner malgré soi à la hampe du brancard, avec la main laissée libre. (*Bull. médical.*)

Cette méthode, employée systématiquement depuis de longs mois à l'hôpital d'Hudson, pour la réduction des luxations scapulaires, n'aurait donné jusqu'ici que d'excellents résultats, ce qui, joint à sa facilité, sa rapidité et son innocuité, paraît devoir en faire une méthode précieuse.

L'oxygène contre le mal de mer.

M. L. *Dutremblay* a communiqué, à l'Académie, un nouveau procédé de guérison, au moins temporaire, du mal de mer par les inhalations d'oxygène sous pression. C'est M. Dubois, de Lyon, qui a fait les premiers essais de cette méthode.

M. Dutremblay, avec l'aide de M. le Dr Perdriolat, médecin de la Compagnie générale transat-

lantique, a repris et complété ses essais sur de nombreux malades en mer.

D'après lui, les déplacements profonds et subits de la masse viscérale et la contraction du diaphragme, causes principales, amènent les manifestations secondaires : migraines, vomissements, refroidissements, etc. Dans ces conditions, l'emploi de l'oxygène est parfaitement justifié. Des nombreuses observations prises, il résulte que ce gaz inoffensif agit le plus souvent et soulage rapidement ; les nausées et les vomissements cessent, un sentiment de bien-être se fait sentir, auquel succède une période de calme et de sommeil ; la respiration incomplète et fréquente se régularise, le pouls remonte, la céphalalgie disparaît.

Les malades doivent faire de longues et profondes inhalations bien rythmées ; 30 à 40 litres suffisent : on recommence selon les besoins. Il est utile de faire ces inhalations par la bouche, seulement, en fermant les narines de façon à ne respirer que de l'oxygène.

Traitement des pneumonies et broncho-pneumonies infectieuses.

M. le Dr *Ed. Michel*, de Marseille, indique, dans une leçon de clinique médicale, la méthode thérapeutique qu'il préconise contre les pneumonies et broncho-pneumonies infectieuses, c'est-à-dire contre les pneumonies caractérisées par la prédominance des phénomènes généraux, par la toxémie, que la gravité provienne de l'association du pneumocoque avec le bacille de Pfeiffer, ou qu'elle résulte de la déchéance du terrain, due au surmenage, à la grossesse, aux infections et surtout à l'alcoolisme. Le seul traitement rationnel de cette pneumonie est encore l'ancien traitement employé par nos pères : la saignée, rajeunie et physiologiquement expliquée par les doctrines modernes. Associée aux injections de sérum artificiel et aux enveloppements froids, M. Michel l'a vue presque toujours réussir dans les cas les plus graves. C'est, dit-il, pour lui, un devoir de le proclamer bien haut, convaincu que, plus d'un malade ainsi traité dans l'avenir lui sera redevable de l'existence.

D'ailleurs, que peut-on espérer du kermès et de l'émétique ? Malgré leurs propriétés fondantes et expectorantes, ces médicaments n'amèneront ni la fonte de l'exsudat fibrineux, ni son expectoration. Par contre, ils réaliseront un « contro-stimulisme » fâcheux qui viendra aggraver l'asthénie pneumonique.

Le sulfate de quinine, qui est habituellement le grand cheval de bataille, ne répond pas davantage à une indication précise. Il est douteux, qu'il arrive à abaisser la température, mais, en admettant qu'il y parvienne, en quoi aura-t-il modifié la toxémie ? En dehors des pneumonies compliquées de paludisme, on ne comprend pas son usage.

L'antipyrine est passible de la même objection et d'une autre encore plus grave : ne l'a-t-on pas, à juste titre, accusée de ralentir l'élimination rénale ? A quelle indication précise répond enfin l'administration du salicylate de soude ?

Ces temps derniers, on a fait beaucoup de bruit autour de la médication par la digitale ; on a proclamé ses excellents résultats dans le traitement des pneumonies. Mais les auteurs sont partagés sur la façon de l'administrer : les uns donnent ce médicament aux doses usuelles dans les cardiopathies ; d'autres, avec Lépine et Pétrescu, réalisent de plein gré une véritable intoxication médicamenteuse « côtoyant l'empoisonnement » (5 milligrammes de digitaline ou 12 à 14 grammes de poudre de feuilles de digitale en 24 heures) ???.

MÉDECINE PRATIQUE

Fièvre typhoïde et grippe intestinale.

La fin de l'hiver 1899-1900 aura été féconde en affections gastro-intestinales graves, mal déterminées et particulièrement difficiles à diagnostiquer.

La fièvre typhoïde qui a, de nouveau, envahi notre capitale, en dépit des prétendues précautions prises dans le captage et l'adduction des eaux, s'est étrangement mélangée aux débris de la grippe, et de nombreux malades atteints de l'une de ces deux maladies ont été tour à tour considérés comme typhiques ou comme grippés.

Y a-t-il un moyen de faire un diagnostic précis ?

Oui, certes ; il y en a même plusieurs, mais ils sont inégalement sûrs, inégalement applicables, selon les conditions où se trouvent malades et médecins. Nous allons les passer en revue.

I

PARALLÈLE ENTRE LA DOTHIÉNENTÉRIE ET LA GRIPPE.

La fièvre typhoïde est toujours fortement insidieuse à ses débuts et rien n'est plus difficile que de la reconnaître au moins pendant les dix premiers jours : Malaises, vomissements, épistaxis, céphalalgie, insomnies, frissons et sueurs fugaces, état saburral de la langue, fatigue, faiblesses, syncopes, constipation ou diarrhée passagère, en un mot, phénomènes d'embarras gastrique mal caractérisés.

La grippe s'accompagne plus rapidement de fièvre et de frissons ; le malade a surtout cette sensation de froid intérieur, d'impossibilité de se réchauffer même auprès d'un grand feu, qui est assez caractéristique. La courbature est très intense et les nausées arrivent à la suite de toute tentative d'alimentation ; de fréquentes coliques accompagnées de vomissements et de diarrhée succèdent dès les premiers jours à l'état gastrique qui est promptement porté à son maximum. La langue prend vite l'apparence porcelanique indiquée par M. Faisans ; elle se recouvre d'un épais enduit pultacé, les bords deviennent rouge violacé et toute la muqueuse buccale s'enflamme et se dessèche. Des épistaxis surviennent parfois et peuvent s'accompagner de céphalalgie extrêmement intense. Le thermomètre monte rapidement à 40° le soir, pour retomber à 37°5 ou 38° le matin.

A la période d'état, la fièvre typhoïde prend des caractères plus tranchés : on voit apparaître les taches rosées lenticulaires sur la peau de l'abdomen et le haut des cuisses — de plus, la diarrhée s'établit régulièrement, l'abdomen se ballonne, se tympanise, la fosse ; iliaque droite devient nettement douloureuse et gargouillante,

à la pression, le visage prend une apparence de stupeur, les vertiges et les nausées s'accentuent, le sommeil est entrecoupé de délire, d'agitation et même d'accidents semi-comateux. Le pouls devient petit, dicrote, dépressible, la température monte à 40° ou 41° et ne descend que faiblement le matin.

Les bronches s'emplissent de râles sibilants et même sous-crépitants, les urines deviennent fortement albumineuses. Cet état dure 10 à 15 jours en moyenne, puis aboutit à la période des grandes oscillations et à la défervescence.

La grippe est un peu différente : elle ne s'accompagne pas de taches rosées lenticulaires, mais elle produit la diarrhée, le tympanisme abdominal, les vomissements, les vertiges, le délire, les douleurs et gargouillements de la fosse iliaque droite, les épistaxis, la céphalalgie, tout comme la dothiénentérie. Le pouls est dicrote, fréquent, précipité, le thermomètre fait de grandes oscillations sans régularité cyclique (entre 40°5 et 38°) l'urine, est abondamment albumineuse.

Le sérum sanguin recueilli par piqûre et pression du doigt, produit la réaction d'agglutination dans les cultures pures d'Eberth, s'il s'agit de la dothiénentérie ; il ne produit rien, s'il s'agit de la grippe ; hâtons-nous d'ajouter que dans certaines dothiénentéries, la réaction d'agglutination ne se produit pas toujours.

La période de déclin de la fièvre typhoïde est caractérisée par la détente des phénomènes généraux, la diminution de la diarrhée, du délire, des nausées, de la céphalée, de la fréquence du pouls et de la température ; mais le malade s'affaiblit et s'amaigrit de plus en plus, le thermomètre fait encore quelques oscillations, la stupeur disparaît, le calme renaît, l'appétit se réveille.

Dans la grippe, les phénomènes sont plus traînants ; la fièvre ne tombe que faiblement, le pouls reste dépressible, les urines albumineuses, la diarrhée est de plus en plus fétide et d'autres complications surviennent souvent : abcès, furoncles, suppurations des séreuses, myocardite, endo-péricardite, méningite.

Il y a des grippes intestinales légères comme il y a des typhoïdes légères ; on peut même dire que la grippe intestinale est plus souvent abrégée et sans gravité que la fièvre typhoïde ; mais quand elle est infectieuse, elle est aussi redoutable et aussi compliquée que la dothiénentérie. Après ce rapide parallèle des deux maladies, il nous reste à étudier pour chacune leurs signes distinctifs et les moyens pratiques de les diagnostiquer.

II

SIGNES DIFFÉRENTIELS.

La grippe intestinale a comme signes caractéristiques : l'absence de taches rosées, l'intermittence des crises de diarrhée, la courbe irrégulière de la température et l'absence de toute période cyclique dans son évolution.

La grippe peut donner lieu à des érythèmes plus ou moins papuleux qui, à la rigueur, pourraient en imposer pour l'éruption des taches rosées lenticulaires, mais, outre que cet érythème est fort rare, il est plus généralisé que l'éruption typhique toujours très discrète, parfois représentée par quatre ou cinq éléments à peine.

La diarrhée est de couleur brune ou jaune foncé et non ocre comme celle de la dothiénentérie. Nous n'insistons pas sur l'odeur fétide, qui n'a rien de caractéristique pour l'une ou l'autre maladie.

La recherche des microbes dans les déjections peut avoir son importance, quand on est familiarisé avec cette pratique spéciale : dans la fièvre typhoïde on trouve des bacilles d'Eberth ; dans la grippe, on trouve toutes espèces de microbes, en particulier le bacille commun du côlon. Voici, pour les spécialistes du microscope et de la bactériologie, quelques conseils pratiques pour différencier ces deux microbes.

Il est dû au Dr A. Mankowiski (1) :

On prépare deux solutions A et B.

Solution A : Solut. aq. saturée d'indigo carmin.
Solution B ; Potasse caustique à 1 %.

Ajouter fuchsine acide jusqu'à coloration brun foncé.

Procédé d'exécution : Mélanger :

Solution B....................	1 c. c.
Solution A....................	2 c. c.
Eau distillée....................	22 c. c.

Ce mélange doit présenter une couleur bleu foncé et une réaction faiblement alcaline.

Pour obtenir un milieu nutritif coloré, on ajoute à un tube de gélose quelques gouttes du mélange jusqu'à ce que l'on obtienne une coloration bleu-violet.

Il est quelquefois utile d'ajouter au milieu ainsi coloré une goutte de la solution A, de façon à obtenir une belle teinte bleue. Le milieu devra avoir une réaction neutre ou très faiblement alcaline.

Après stérilisation, on ensemence un tube avec le bacille d'Eberth et un autre avec le *bacillus coli*. On conserve un troisième tube qui servira de témoin.

Le tube renfermant le bacille d'Eberth présente dans l'espace de trente-six à soixante-douze heures un changement de coloration.

La couleur bleue vire au rouge framboise, tandis que le tube renfermant le *bacillus coli* passe au bleu vert et se décolore ensuite.

On peut encore obtenir la réaction de la manière suivante :

On prend deux tubes de gélose ou deux cultures sur gélose de deux ou trois jours, l'une de bacilles d'Eberth, l'autre de *bacillus coli*, et l'on dépose sur la strie d'ensemencement une goutte ou deux du mélange coloré ; presque instantanément la culture du bacille typhique passe au rouge, tandis que celle du *bacillus coli* devient bleu verdâtre et se décolore ensuite.

On peut encore faire la réaction en se servant de bactéries lavées dans l'eau distillée. Dans ce cas, la réaction se produit plus lentement, à moins qu'on ne chauffe les cultures, procédé rapide, conseillé par l'auteur.

Mais revenons à l'étude clinique :

La température doit être soigneusement notée dès le début des visites médicales et les degrés obtenus, inscrits sur un tableau divisé en autant de colonnes qu'il y a de jours dans 1 mois.

(1) In *Archives russes de pathologie et bactériologie*, analysé dans le *Journal médical de Bruxelles*, 1er mars 1900

Ces points sont réunis par une courbe, qui est, habituellement, suffisante pour établir le diagnostic des deux maladies. Dans la grippe, la courbe est irrégulière tantôt à grands sursauts, tantôt à chutes brusques, suivies de reprises plus élevées ; dans la fièvre typhoïde, la courbe affecte au bout des 3 ou 4 premiers jours d'ascension, une forme de plateau dure de 7 à 9 jours, puis est immédiatement suivi de grandes oscillations de 39°5 à 37°8 ou 37°9, du soir au matin ; enfin, la descente se fait progressivement les 5 ou 6 derniers jours.

La grippe est plus capricieuse : elle paraît diminuer, puis reprend insidieusement, la fièvre tombe, puis se rallume ; les écarts entre le soir et le matin peuvent être de 3 degrès. Tantôt c'est l'intestin qui est atteint, tantôt l'infection frappe les bronches et les poumons, allant irrégulièrement de l'un à l'autre, sans suite, sans ordre, soit à gauche, soit à droite, en haut, en bas, des poumons, etc. L'hypertrophie splénique est commune aux deux maladies : donc, sa constatation ne fournit aucun renseignement diagnostic. L'albuminurie est commune aussi.

Enfin, reste l'examen du sérum sanguin au point de vue de la séro-réaction agglutinative de Widal. C'est une recherche indispensable à faire; malheureusement, c'est encore un moyen qui n'est pas infaillible.

En somme, avec nos moyens actuels d'investigation, le diagnostic certain entre la fièvre typhoïde et la grippe n'est pas possible dans tous les cas. Nous avons eu, cette année même, plusieurs preuves de l'impossibilité de se prononcer catégoriquement en présence de cas douteux où les symptômes manquaient de précision.

III

TRAITEMENT.

Dans l'hésitation doit-on observer une expectative désarmée ? N'y a-t-il pas quelque traitement qui puisse être administré concurremment aux deux maladies ? Que peut-on faire pour ne pas nuire ? Et que doit-on éviter ?

Ce qu'il faut faire, le voici : D'abord, il est nécessaire d'employer les purgatifs dès le début, purgatifs salins, huileux ou calomel (0,75 centig. à 1 gram.) à trois jours d'intervalles, au moins trois ou quatre fois. Ensuite, il faut prescrire des boissons abondantes diurétiques, tisanes, limonades, eau minérale alcaline, environ 1 litre et demi en 24 heures.

Enfin, il faut employer la quinine (bromhydrate, sulfate ou chlorhydro-sulfate) à la dose de cinquante à soixante-quinze centigrammes en 24 heures.

Des lavements boratés à 20 pour 500, seront administrés quotidiennement : les cavités buccale et vaso-pharyngiennes seront nettoyées au moins trois fois par jour à l'eau additionnée de phénosalyl, dix gouttes pour 100 gr. d'eau bouillie. Des lotions et affusions tièdes ou froides seront faites avec une grosse éponge sur tout le corps, dépouillé de vêtements. Enfin, si le thermomètre dépasse 39° malgré tous ces soins, il faudra avoir recours à la méthode de Brand, un bain toutes les 3 heures à 20° ou 22° jusqu'à descente de la température de 1 degré ou à défaut de cette excellente pratique, aux enveloppements dans le drap mouillé froid et la couverture de laine, toutes les 2 heures. Les forces seront soutenues par une potion cordiale, du punch, de l'éther, des injections de vingt centigrammes de caféine matin et soir, des inhalations d'oxygène.

Enfin, contre les complications pulmonaires, on recourra aux applications toutes les heures et demie d'une épaisse compresse froide bien essorée, autour de tout le thorax, enveloppée de taffetas gommé pour empêcher l'évaporation.

Contre les complications cardiaques (endo ou myocardite), nos uniques ressources sont la caféine et l'éther en injections et l'application permanente précordiale d'une vessie de glace séparée de la peau par du taffetas gommé. A ce point, d'ailleurs, le pronostic est bien sombre et l'entourage doit être prévenu de l'imminence du péril.

Bien entendu, contre la grippe comme contre la dothiénentérie, il faut proscrire toute nourriture solide, mais, selon la récente pratique de Vaquez, etc., on peut instituer une alimentation liquide, substantielle : lait, bouillies claires, peptones, jaunes d'œufs, afin de lutter d'avance contre l'énorme amaigrissement et l'énorme déperdition des forces.

Il faut aussi éviter à tout prix les vésicatoires, les purgatifs drastiques, les autorisations de se lever et de s'asseoir pendant au moins 25 jours. Ce sont des précautions que la plus élémentaire prudence impose en présence de phénomènes qui peuvent laisser supposer qu'on a affaire à la dothiénentérie.

La convalescence devra être annoncée longue et hérissée de dangers, si l'on veut éviter les graves mécomptes. Trois mois de convalescence surveillée ne sont pas trop pour ces graves affections intestinales. Le régime alimentaire doit être très sévère et les laxatifs et antiseptiques sont nécessaires pour éloigner les risques de rechute on de complications appendiculaires que l'expérience semble de plus en plus mettre sur le compte de toute infection intestinale aiguë insuffisamment guérie.

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'automobilisme médical.

Mon cher Directeur,

Vous paraissez solliciter une réponse à la lettre de notre confrère le docteur Creuzan. J'accède à votre désir, d'autant mieux que nous sommes sur bien des points du même avis. Je l'ai déjà dit, je ne saurais conseiller la voiturette ; je lui préférerais de beaucoup le genre de voiture que préconise notre confrère, je l'avais déjà signalée et elle ne me paraît avoir que le défaut d'être fort chère ; je crains que la grande majorité de nos confrères ne veuille débourser, au bas mot, une dizaine de mille francs pour en faire l'achat. Pour moi, aussi, la voiture n'est pratique qu'à la condition de se passer de mécanicien. Mais je suis bien plus encore de l'avis de M. Creuzan, quand il dit que « *pour ceux qui ne sont pas retenus par la question d'argent, la*

voiture automobile est au point ». Seulement, je crains que beaucoup de nos confrères ne soient (hélas !) retenus par cette misérable question d'argent, et c'est à ce sujet que nous cessons d'être d'accord. Si je reconnais, ainsi qu'on a pu le lire dans ma lettre, que mon prix de revient kilométrique est très élevé, parce que le nombre de kilomètres par moi parcourus est assez restreint, je ne crois pas, d'autre part, que l'on puisse accepter sans réserve celui que donne notre confrère.

En effet, une voiture de 6 chevaux, avec glace à l'avant, pavillon démontable, de chez le bon faiseur, coûte au moins 10.000 francs : une Panhard de ce genre, livrable à 15 mois, dit-on, doit en coûter 12.000. Admettons 10.000 ; cela fait une annuité de 1.170 francs pour l'amortir en 10 ans, en payant un intérêt de 3 pour cent. La dépense en essence pour parcourir 18.000 kilomètres est évaluée par M. Creuzan à 1.200 francs. C'est exactement ce que j'ai dépensé pour parcourir 17.500 kilomètres en 3 ans, avec un moteur de 4 chevaux; celui de 6 chevaux doit certainement dépenser un peu plus. Il faut y ajouter 80 francs d'huile et 10 francs de graisse consistante, au moins ; ce qui nous fait déjà 2.460 francs. Les frais généraux, loyer, domestique, impôt et assurance, tout en étant les mêmes dans les deux modes de locomotion, n'en doivent pas moins être comptés ; mettons les à 1.300 francs en bloc ; c'est un prix minimum, cela nous amène à 3.760 francs.

Il faut enfin ajouter à cette somme les frais d'entretien, de réparation, sur lesquels on peut beaucoup discuter. La carrosserie de la voiture du médecin doit, cela n'est pas douteux, être soigneusement entretenue. Or, un parcours quotidien de 50 kilomètres, par tous les temps, la détériore, je crois, rapidement ; les pneumatiques s'usent incontestablement proportionnellement au chemin parcouru ; l'entretien du mécanisme est aussi proportionnel au travail. Je reconnais volontiers que j'ai à cœur de bien conserver ma voiture. Dès que je constate dans ses roulements un jeu notable, nuisible à son bon fonctionnement, je n'hésite pas, malgré qu'il m'en coûte, à la faire revoir. J'ai toujours constaté après démontage que ce jeu extérieur se retrouvait aussi marqué dans les organes cachés, billes, différentiel, etc.

Il se peut aussi qu'à Bordeaux les réparations soient à un taux plus modéré qu'à Paris où elles sont à un prix qui me paraît très exagéré, le détail que j'en ai donné en fait foi.

Quoi qu'il en soit, pour un parcours de 17.500 kilomètres, j'ai payé pour réparations de carrosserie, de pneumatiques, de mécanisme et pour dépenses diverses 3.965. Admettons que pour un parcours de 18.000 kilomètres en une année il y ait une différence de 20 pour cent en moins, cela fait encore 3.172 francs qui ajoutés à 3.760 donnent pour les dépenses totales 6.930 francs. Nous ne sommes pas loin de 7.000 francs et c'est à mon avis un minimum, le kilomètre parcouru coûtant 0 fr. 385.

En somme, je l'ai toujours dit, la voiture automobile bien construite, marche régulièrement. Si elle donne l'ennui de s'en occuper à certains moments, elle a d'autre part beaucoup d'agréments. Mais, quant à coûter actuellement moins cher que l'autre, je ne le crois pas, et, à la campagne, où l'entretien d'un cheval est relativement peu élevé, et où les réparations par suite de l'éloignement de l'atelier seraient au contraire plus coûteuses, je crois que la différence s'accentuera encore.

Veuillez agréer, mon cher Directeur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Dr Calbet,
Chatou (Seine-et-Oise).

L'assurance médicale belge contre les accidents.

« La médicale » vient de se mettre dans ses meubles. Elle est installée en plein centre de la Ville de Liège, place du Théâtre, n° 4, dans une situation magnifique, en face du local des réunions de la bourse industrielle. La direction de la Société a été confiée à M. Oger, dans les connaissances et dans l'activité duquel nous avons pleine confiance. Secondé par un administrateur délégué aussi énergique que notre confrère Dubois et un conseil général où les aptitudes et les compétences les plus indiscutables se trouvent réunies, il saura guider notre entreprise d'une main sûre et prudente vers le succès.

Le moment de l'action a donc sonné.

Vraiment, nous croyons rêver quand nous envisageons le chemin parcouru depuis huit mois. Quelques médecins, un peu emballés, il faut le reconnaître, osaient résolument se mettre à l'œuvre, pour réaliser une entreprise audacieuse autant que difficile. Pensez donc ! Pour réussir, il fallait secouer l'apathie invétérée du corps médical, il fallait transformer tous ces indifférents, tous ces découragés, en lutteurs faisant résolument face à l'ennemi.

Oui, voilà l'œuvre qui a été réalisée par une poignée d'hommes convaincus. Par la plume, par la parole, ils sont devenus les apôtres de la résistance, leur foi a soulevé des montagnes. Ils ont mené à bonne fin une entreprise déclarée utopique, irréalisable par beaucoup de nos confrères, reconnue difficile par tous ; ils ont le droit d'être fiers de leur réussite et, quoi qu'il arrive, ils ont acquis un droit incontestable à la reconnaissance de leurs camarades.

La « Médicale » est donc édifiée. Il s'agit de la faire vivre, de la faire prospérer. Mais qui pourrait douter du succès ? Nous n'étions que dix pour vaincre tous les obstacles à son établissement ; nous sommes mille pour la soutenir, pour la consolider, pour lui assurer longue vie et richesses. Notre honneur et notre intérêt s'accordent pour nous engager à remplir énergiquement notre devoir, dans l'occurrence.

Comment donc allons-nous coopérer, tous autant que nous sommes, à l'œuvre de la direction et de l'administration de notre « Médicale » ? C'est bien simple. Nous la ferons connaître partout autour de nous, nous lui accorderons notre clientèle et nous lui amènerons la clientèle de toutes les personnes sur lesquelles nous pouvons avoir quelque influence.

Et d'abord, un très grand nombre de médecins ont contracté une assurance individuelle contre les accidents, auprès de diverses sociétés. Que tous, sans exception, résilient leur contrat dès qu'ils le pourront et se fassent un devoir de conscience de s'adresser à la société dont ils

sont les coopérateurs. Que tous les autres praticiens, ayant négligé jusqu'ici l'acte de prudence et de bonne administration qu'est une assurance contre les accidents, si fréquents et parfois si particulièrement graves chez les médecins, s'empressent d'imiter l'exemple des premiers. Que tous songent à ces membres des autres carrières médicales, les pharmaciens et les vétérinaires, parmi lesquels ils ont tant d'amis et les décident à marcher dans la même voie.

Mais ce n'est pas tout. C'est du côté du monde industriel qu'il faut se retourner. Moquons-nous une bonne fois de toutes ces théories pharisaïques sur le sacerdoce et la dignité médicales, qui veulent nous cantonner dans notre misère en habit noir. Soyons une bonne fois gens d'affaires pratiques. Allons résolument à ces patrons, à ces industriels qui nous accordent leur confiance, faisons-leur comprendre les avantages qu'ils auraient à contracter à la « Médicale » une assurance contre les accidents arrivant à leur personnel et contre les risques civils ouverts par ces accidents. Demandons-leur carrément leur confiance en notre œuvre, comme une marque d'estime et d'amitié et laissons la meute des assureurs se voiler la face d'indignation.

Ah ! vraiment, si le corps médical voulait ! Comme en peu de temps la Société serait riche et puissante ! Si chacun se faisait un point d'honneur de lui procurer une seule affaire, comme elle serait bientôt à la tête des sociétés similaires.

Est-ce trop rêver ? Non, nous osons l'espérer. Non, le Corps médical n'a pas épuisé toute son énergie, en donnant le jour à la « Médicale ». Il doit aujourd'hui assurer l'existence de son enfant, l'élever, le fortifier, le rendre capable de résister aux ennemis qui le guettent. Ce devoir, il saura le remplir avec la même entente qu'il a mise à répondre à l'appel des fondateurs de l'entreprise, et, dans un an déjà, nous aurons le droit de nous féliciter de notre audacieuse initiative.

En attendant, c'est de tout cœur que nous nous écrions à l'adresse de la « Médicale » : *vivat, crescat, floreat !*

Dr L. MERVEILLE.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Responsabilité médicale.

Le jugement suivant, dans lequel nous soulignons les derniers attendus, a une portée sur laquelle nous attirons toute l'attention de nos lecteurs.

Tribunal de Cambrai

AUDIENCE DU 15 MARS 1900.

Attendu qu'à la date du 30 avril 1899, à S.-V., le sieur L...., laissant dix orphelins, est mort à la suite des coups qui lui ont été portés, le 16 avril, par son beau-fils Leroy, condamné, pour ce délit, le 17 mai 1899, par le tribunal correctionnel de Cambrai, en la peine de six mois d'emprisonnement ;

Attendu que la demanderesse ès qualités, attribue le décès de son mari à l'imprudence et à la négligence du sieur X..., médecin du bureau de bienfaisance de la commune de S.-V. et qu'elle demande : 1° principalement la condamnation du médecin X..., en 6,000 fr. de dommages-intérêts ; 2° subsidiairement et avant faire droit, l'autorisation de rapporter, par tous moyens de droit, notamment par témoins, la preuve de certains faits articulés dans ses conclusions ;

Attendu que le défendeur soutient, qu'en droit, sa responsabilité ne pouvant être engagée qu'à raison de fautes lourdes qu'il n'a pas commises, la demande principale formée contre lui n'est pas fondée, et que, en outre, les faits articulés dans les conclusions subsidiaires de la demanderesse, ne sont ni pertinents ni admissibles ;

Attendu que, dans le silence, sur ce point, des lois des 19 ventôse au XI et 30 novembre 1892, la responsabilité des médecins découle des principes généraux de l'article 1382 du Code civil ; qu'ils doivent être déclarés responsables, non pas des erreurs qu'ils peuvent commettre de bonne foi, dans l'exercice de leur profession, mais de leur négligence et de leur légèreté, lorsque les faits qui leur sont reprochés sortent de la classe de ceux qui, par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux discussions de la science ;

Que ces principes, d'une équité parfaite et faisant au Corps médical toutes les concessions possibles, constituent la base de la responsabilité médicale, reconnue et consacrée par la jurisprudence ; qu'il convient seulement de les appliquer avec discrétion pour ne pas gêner dans son application le libre exercice et les progrès de l'art de guérir ;

Attendu qu'en l'espèce il ne s'agit pas pour le tribunal d'entrer dans l'examen et la discussion de théories médicales pour lesquelles il est incontestablement incompétent ; qu'il y a lieu uniquement de rechercher si le médecin X... n'a pas, en sa qualité de mandataire salarié du bureau de bienfaisance de la commune de S.-V., *manqué au devoir de sa profession vis-à-vis d'un indigent, en tardant à se rendre auprès de lui, alors qu'il était sur les lieux, en négligeant de tenir compte des souffrances qu'il accusait dans la région abdominale, et en n'apportant matériellement à l'examen de son état qu'une attention distraite et insuffisante ;*

Attendu que le médecin, libre en théorie et abstraction faite des devoirs qu'impose l'humanité, de choisir et de restreindre sa clientèle, perd cette faculté vis-à-vis des indigents, lorsque, par suite d'un contrat à titre onéreux intervenu entre lui et une commune, il accepte d'être le médecin des pauvres de cette commune ;

Attendu que, si certains faits articulés sont reconnus et ne peuvent, en l'état de la jurisprudence, avoir aucune importance pour la solution du litige, il en est d'autres spécifiés sous les numeros 3, 5, 6, 7, 8, 10, qui, si la preuve en était rapportée, tendraient à établir, à la charge du médecin X.... une négligence matérielle de nature à engager sa responsabilité ; que la preuve de ces faits n'est pas défendue par la loi ;

Par ces motifs, avant dire-droit, admet la veuve L.... à prouver dans la forme des enquêtes ordinaires et par témoins, etc.

Dans cette affaire, nous ignorons les faits de la cause, et nous nous garderons, par conséquent, de toute discussion à cette heure.

Mais l'avant-dernier « attendu » soulève une question grave, celle de la responsabilité applicable à nos soins aux membres des collectivités, auxquelles nous lient des contrats, qu'il s'agisse, comme ici, de l'assistance, ou bien que l'on étende le principe aux Sociétés de secours mutuels, aux Compagnies d'assurances-accidents, aux Compagnies de chemins de fer, à tous nos engagements par forfait.

Cette considération rendra-t-elle plus circonspects tous ceux d'entre nous qui courent après les rémunérations fixes sans souci des dangers auxquels ils s'exposent ?

Cela serait bien désirable.

Les magnétiseurs et la loi de 1892

La chambre criminelle de la Cour de cassation va trancher dans quelques jours une question dont le monde médical s'est particulièrement préoccupé.

Les magnétiseurs qui, au moyen de simples passes magnétiques, affirment avoir la possibilité d'exercer, dans certaines maladies, une action curative, et qui pratiquent leur « art », tombent-ils, quand ils sont dépourvus du diplôme de médecin, sous l'application de la loi de 1892 sur l'exercice illégal de la médecine ?

La question s'est posée à l'occasion d'une poursuite dirigée, sur la plainte du président du syndicat des médecins de Maine-et-Loire, M. Grippart, contre un magnétiseur d'Angers, M. Mouroux.

Successivement, le tribunal correctionnel et la cour d'Angers se sont prononcés pour la négative, et M. Mouroux a été acquitté.

Mais le procureur général et M. Grippart se sont pourvus en cassation contre l'arrêt.

La cour suprême est donc appelée à dire si la loi de 1892 a été, en l'espèce, exactement interprétée.

Le conseiller Dupré fera le rapport. L'avocat général Dubois donnera ses conclusions comme organe du ministère public, après audition de Me Perrin pour le syndicat des médecins et de Me Boivin-Champeaux pour le magnétiseur.

Les honoraires pour soins aux accidents du travail.

Nous avons publié l'arrêt rendu par le juge de paix du XIIIe arrondissement le 22 décembre dernier.

Il fixait à 3 fr. le prix de la visite ou de la consultation, à 8 fr. le prix du certificat.

Dans son numéro du 5 février, le *Bulletin des Sociétés d'arrondissement* publie un jugement du juge de paix du XIe arrondissement qui fixe aussi à 3 fr. le prix de la visite simple ou de la consultation, et à 5 fr. l'honoraire en cas de petite intervention chirurgicale.

Le Tarif du Concours médical se montrait donc des plus modestes quand il indiquait les chiffres de 2 fr. pour la consultation ou le pansement simple, de 4 fr. dans le cas de petite intervention chirurgicale, de 5 fr. pour chaque certificat.

Mais ce n'est pas tout.

Le juge de paix du canton Sud de Grenoble a adopté, le 10 janvier, le prix de 5 fr. pour le certificat. Il a même mis le payement de ces honoraires à la charge du patron, quoique le certificat ait été réclamé par le blessé.

Tout cela ne prouve-t-il pas que nous avions le bon sens et l'équité avec nous, quand nous rédigions le tarif qui a servi de base à nos revendications ?

Et ne serait-il pas sage, pour supprimer toutes les contestations, de l'adopter partout, sans le débaptiser ou le modifier à l'infini et d'une façon plus ou moins heureuse ?

Les honoraires des médecins d'un hôpital sont dus par l'entrepreneur ou la compagnie responsable, en cas d'accident tombant sous la loi du 9 avril 1898.

Le blessé Geffard fut hospitalisé à Bressuire pour y subir l'amputation du bras droit.

L'hôpital de Bressuire demandait 1 fr. 50 par journée;

Le Dr Bernard 100 francs pour amputation du bras et soins;

Le Dr Lecointre 60 francs pour assistance à l'opération et soins.

L'entrepreneur P..., responsable, prétendait que les sommes réclamées par les Dr Bernard et Lecointre étaient comprises dans celle réclamée par l'hôpital de Bressuire.

Le juge de paix du canton de Cerizay (Deux-Sèvres) a rendu (avril 1900) le jugement suivant contre l'entrepreneur :

« Attendu, du reste, que la somme de 1 fr. 50 ne peut s'affecter, en effet, qu'aux frais d'hospitalisation, le prix étant trop minime pour y comprendre les honoraires des médecins, qui, *bien que recevant un traitement fixe, ne le reçoivent que pour soigner les indigents ;* ce traitement étant, paraît-il, lui-même bien minime ;

Attendu que la note du Dr Lecointre s'élève à la somme de 60 fr. pour soins et amputation avec le Dr Bernard ; attendu, en ce qui concerne le dit Dr Lecointre, qu'il est de principe que le médecin assistant un confrère opérateur (tel est son cas), touche pour le moins la 1/2 de la totalité du prix que touchera l'opérateur, que, par suite, nous devons accepter comme bien fondée sa réclamation, s'élevant au total à 60 fr. ;

Attendu que nous devons également accepter comme bien fondé le montant de la note du Dr Bernard s'élevant à 100 francs (pour amputation et opération).

Par ces motifs, et par jugement contradictoire en dernier ressort, condamnons P. à payer à Geffard, pour être versés à M. Lecointre 60 fr. ; pour être versés à M. Bernard 100 fr., plus les intérêts de droit.

CORRESPONDANCE

La Médecine par adjudication.

15 avril 1900.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens de recevoir la lettre suivante :

PRÉFECTURE DE LA SEINE	*Atelier départemental*
direction des affaires	*pour les ouvriers*
départementales	*estropiés ou infirmes*

Montreuil-sous-Bois, 13 avril 1900.

Monsieur,

L'Etablissement que je dirige depuis un an ne pouvant se passer d'un médecin qui lui soit attaché et qui se mette entièrement à sa disposition, j'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir me dire combien vous me prendriez par homme et par an, si vous vous chargiez de soigner 70 hommes qui travaillent dans mon atelier. Il est bien entendu, si vous acceptez ce que je vous propose, que vous viendrez toutes les fois que je vous ferai demander ; de plus, vous vous engagerez à venir à l'atelier toutes les semaines, qu'il y ait des malades ou qu'il n'y en ait pas.

Veuillez, je vous prie, Monsieur, me répondre *sous pli cacheté* jeudi prochain sans faute.

Agréez, Monsieur, l'expression de mes plus distingués sentiments.

De Germond.

Et cet atelier d'ouvriers estropiés ou infirmes que l'on met aux enchères, c'est celui que le docteur Marsoulan a fondé à Montreuil !

Je tiens l'original à votre disposition, si vous en avez besoin.

Inutile de vous dire la réponse que j'ai faite, j'en conserve le double.

Veuillez agréer, etc...

X.

L'exemple des ateliers militaires de Lyon et de Toulouse porte ses fruits : c'est la Préfecture de la Seine qui fait soumissionner aujourd'hui ; demain ce sera une autre administration.

Tous nos confrères de la région verront-ils enfin, cette fois, qu'on les prend pour.... ce qu'ils ne sont pas ?

Médiation impossible.

le 15 avril 1900.

Mon cher Confrère,

J'ai le regret de n'avoir pu amener à une entente amiable nos deux confrères de R., et cela pour une raison péremptoire : Le poste de R. ne comporte pas deux médecins. J'en avais la conviction avant de commencer mes démarches ; aujourd'hui, j'en ai la certitude.

L'expérience que j'ai des choses médicales de notre département m'a montré depuis longtemps que, dans nos campagnes, l'habitant n'apporte pas au médecin un franc par an. Je veux dire : une circonscription de 9.000 habitants n'apporte pas, en moyenne, 9.000 francs d'honoraires, et l'écart est plus ou moins grand suivant les localités. La vallée de R.. surtout depuis l'invasion du phylloxera, ne doit pas être fortunée. Il y a quelque vingt ans, j'ai connu à R. deux vieux médecins ; tous deux, vivant en partie sur leurs terres, ont *péniblement* élevé leur famille, et mangé le plus gros de leur capital. Après eux, le docteur A.... est arrivé, et peu après lui, le docteur B. ; pendant deux années, ils vécurent en bons camarades, tous deux garçons, au même hôtel, à la même table ; ils reconnurent qu'ils ne gagnaient pas pour vivre, et le docteur B. quitta R., son pays, pour aller occuper un poste de médecin de colonisation, en Algérie.

Dans de semblables conditions, et mon examen portait sur ce point comme sur tous les autres, ma médiation ne pouvait être acceptée. Ce n'est pas la raison qui a été mise en avant, mais c'est bien, je crois, la bonne et la vraie.

Avec tous mes regrets, veuillez agréer, etc.

Dr X.

Cette lettre est la réponse à celle que nous avions publiée au n° 12 sous le titre « Médiation à offrir ». Notre dévoué correspondant, que nous ne saurions trop remercier, aboutit à un insuccès dû au cas de force majeure. Mais sa mission confraternelle nous apporte un enseignement, qu'il ne faut pas laisser perdre.

Il est navrant d'apprendre qu'un canton de 9.000 âmes ne peut fournir 9.000 fr. d'honoraires, c'est-à-dire de quoi permettre au médecin de vivre et d'élever une famille. Rapprochons ce fait de l'article de M. le Dr Guillou sur la limitation et la répartition des clientèles ; rapprochons-le aussi des documents publiés déjà sur le nombre des diplômes de docteur délivrés chaque année, et demandons-nous ensuite où l'encombrement médical nous mènera d'ici peu.

Quelle responsabilité formidable pour les examinateurs indifférents et au cœur léger, qui ne comprennent pas qu'une sélection des plus sévères s'impose à eux, dès aujourd'hui, comme le plus sacré des devoirs !

BULLETIN DES SYNDICATS

et Sociétés locales.

Syndicat des Médecins de la Haute-Garonne

Section de Toulouse.

SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1900.

Présidence de M. le Dr SECHEYRON.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

M. le Président donne lecture d'un travail sur l'admission des malades aisés dans les hôpitaux et aborde la question des sociétés de secours mutuels.

....

....

Après la question des faux pauvres, se présente à notre vigilance une autre question, fort brûlante, pour laquelle nous devons tenir prête une solution : *la question des rapports des Sociétés mutuelles avec les médecins*, avec le Syndicat en particulier. Médecins et mutualistes ont tout intérêt à s'entendre sur des bases raisonnables. Le mieux serait peut-être d'entrer en rapport avec les mutualistes et de faire un accord raisonnable. Le Syndicat deviendrait ainsi pour les mutualistes, une source de garantie, d'honorabilité et de loyauté professionnelle. A son tour, le médecin verrait augmenter le taux de ses honoraires, ou du moins ses honoraires seraient défendus et deviendraient honnêtes. Ils ne seraient plus l'objet d'un commerce abominable, d'un marchandage honteux et déloyal. Si le médecin de Société à rabais existe à Toulouse, il faut qu'il disparaisse ; ce malheureux doit connaître ses véritables intérêts, et tout d'abord le jugement de l'opinion publique sur lui. Je le prie d'écouter le sentiment d'une personnalité haut placée, à propos d'un choix de médecins pour une grande administration de l'Etat. « *Combien vous avez de meurt-de-faim dans votre profession ! Nous avons été émus, non point du nombre de demandes — 42 — mais de la petite estime que certains d'entre eux, avaient de leurs talents, de leurs soins. Croyez-vous que l'un d'entre eux a proposé d'assurer le service pour rien sans rétribution ?* « Et comme je défendais cet homme en lui attribuant le désir d'avoir une clientèle rapidement, de faire de la médecine pour la science peut-être : « *Non, me répondit-il, il ne s'agit que de misère, et à ce bon médicastre, personne d'entre nous ne lui aurait donné son chien à soigner.* » Tel est l'éloge que l'on fait de ceux qui ne savent pas s'estimer, de ceux qui vont solliciter les Sociétés, le rabais sur les lèvres. On nous dit, mais nous ne pouvons le croire, que des précédents fâcheux existent ; à ce jeu, les premiers volés sont les confrères pitoyables, ceux qui par l'appât d'une diminution d'honoraires dépossèdent un confrère. Leur châtiment ne se fait pas attendre : un autre, j'allais dire voleur, survient. Les tristes Sociétés qui acceptent de pareilles déprédations, ont les médecins qu'elles méritent. Si les faits incriminés sont vrais, si certains de nos confrères se sont laissés abuser, ils doivent reconnaître leur erreur et venir à nous, tout prêts à oublier et à élever leurs mérites auprès des sociétés, en même temps que leurs intérêts. Ils n'auront plus ainsi à craindre d'avoir leur place convoitée et disputée. Que si certains de nos confrères syndiqués ambitionnent une place de Société, tout prêts à faire des rabais, qu'ils veuillent bien réfléchir d'abord sur le jugement de l'opinion publique, dont le poids influe dans de grandes proportions sur la valeur d'une clientèle.

En principe, il faut rester solidaires, unis dans un même sentiment. Un épi peut être rompu, le faisceau d'épis exige la serpe. La solidarité fait la force de cet admirable Syndicat de l'Ariège, dont les 60 membres, à la presque unanimité, tiennent tête aux pouvoirs publics. La Commis-

sion départementale refuse d'acquiescer à leur demande légitime d'honoraires pour l'Assistance gratuite ; aussitôt la grève est décrétée; ou mieux, il est établi que les indigents seront visités sur réquisition du maire ; à son tour, le médecin en particulier assignera le maire responsable. Il est certain que, dans l'Ariège, la liste des assistés va être raccourcie dans de larges proportions. Cet exemple est fortifiant, il doit être présent à nos délibérations, et je crois répondre au désir de tous en demandant l'envoi d'une lettre de félicitations aux énergiques protestataires. Bravo ! l'Assemblée générale des médecins de l'Ariège.

Les médecins et les mutualistes doivent se mettre en rapport les uns avec les autres, et M. Secheyron propose d'établir des prix de façon que les sociétaires aillent aux médecins ayant accepté les prix élaborés.

M. Grimault propose de demander des renseignements aux médecins de Bordeaux où médecins et mutualistes sont en rapport depuis déjà un certain temps.

M. Estienny pense qu'il serait bon de consulter à ce sujet les médecins syndiqués ayant des sociétés.

Les mécecins de sociétés, selon M. Secheyron, n'y perdraient pas et leurs services seraient mieux rétribués.

M. Audiguier appuie l'idée de M. Secheyron et montre les avantages que l'on retirerait des deux côtés. « Nous devons aller à la mutualité et non attendre qu'elle vienne à nous. »

M. Clavelier pense qu'il serait peut-être utile d'avoir recours à un referendum adressé à tous les confrères syndiqués. Toutefois il est à craindre que les médecins de sociétés ne comprennent pas l'idée du Syndicat ; aussi, M. Secheyron propose qu'un article paraisse dans la *Fédération médicale*, article dans lequel serait nettement exposé le but que veut atteindre le Syndicat. Il faut que les médecins se pénètrent bien de l'idée que le Syndicat ne veut pas leur faire du tort, mais qu'au contraire c'est dans leur intérêt qu'il agit.

Sur la proposition de M. Secheyron, une commission chargée de se mettre en rapport avec la fédération mutualiste est nommée (1). Elle se compose de :

MM. Candelon, Audiguier, Estienny et Bénazet. Cette commission élaborera un premier rapport qui sera publié dans la *Fédération médicale*.

La séance est levée.

Le Secrétaire,
Dr Girma.

(1) Nous souhaitons, sans l'espérer, que cette tentative locale soit plus heureuse que toutes celles faites par nous d'abord et par l'Union des Syndicats ensuite.

REPORTAGE MEDICAL

Assez de Facultés. — M. Déandréis, député de l'Hérault, vient de faire adopter, par la Chambre, une motion tendant à ne plus laisser désormais créer de nouvelles Facultés, qu'avec l'assentiment de la Chambre des députés et, par conséquent, avec la promulgation d'une loi.

Cette disposition restrictive est de nature à éviter des créations universitaires qui ne répondraient qu'à des motifs politiques.

Responsabilité civile et pénale des administrations en matière sanitaire. — Dans la séance du 21 mars 1900 de la Société de médecine légale de France, MM. Thoinot et Danet ont proposé de consacrer la responsabilité civile et pénale des administrations municipales et des établissements publics et privés en matière sanitaire.

La Société a décidé que la proposition de MM. Thoinot et Danet sera renvoyée à l'étude d'une commission composée du Bureau et des Membres suivants :

MM. Demange. — Danet. — Thoinot. — Lefuel. — Jacomy. — Bordas.

Ce n'est pas nous qui contesterons le bien fondé de cette prétention : elle est le préliminaire obligé de toute loi sur la santé publique.

Mais que diront les maires et autres élus de nos campagnes, s'il arrive que leurs fautes ou leurs négligences creusent des trous dans leur budget ou dans celui de la commune ? Et on lève ce lièvre au moment des élections municipales.

L'abus de l'hôpital à Paris. — Tel est le titre de la question que la Délégation du Syndicat de la Seine traitera au Congrès de déontologie et de médecine professionnelle.

Nous souhaitons vivement qu'elle soit étudiée sous toutes ses faces, suivie dans toutes ses conséquences, et que ni la routine, ni le préjugé, ni les considérations de castes ou de personnes, ne limitent la liste des remèdes à opposer au mal.

Les professions que touche la loi sur les accidents du travail. — Le Comité consultatif des assurances contre les accidents, continuant l'énumeration que nous avons déjà commencé de publier, vient d'émettre, le 4 avril 1900, l'avis que la ferronnerie, les professions de métreur-vérificateur, de peintre en voitures, de carrossier, de sellier, de négociant en vins ou spiritueux, d'ébéniste, de tapissier, étaient assujetties à la loi ; que les hôteliers et aubergistes ne le sont que comme entrepreneurs de transport de leurs clients ou d'autres voyageurs moyennant rétribution.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4495. — M. le docteur Biaille, de Villaines-la-Juhel (Mayenne), membre du Syndicat de la Mayenne.

N° 4496. — M. le docteur Vaillant, de Fismes (Marne), présenté par M. le docteur Faille, de Fismes.

N° 4497.— M. le docteur Deléage, de Vichy (Allier), membre du Syndicat des médecins de la Seine.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Barral, de Tullins (Isère) ; Grul, de Paris ; Bidault, d'Evreux (Eure), et Josephson, de Paris, membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 19 12 MAI 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET D'AIDE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Hommage à MM. Cézilly et Gassot.

Deuxième liste de la souscription.

MM. les docteurs Henriot, de Montargis (Loiret) ; Bornèque de Luxeuil (Haute-Saône) ; Oudaille, de Fresnoy-le-Grand (Aisne) ; Demmler, de Saint-Leu-d'Esserent (Oise) ; Moreau, de Chatillon-sur-Sèvre (Deux-Sèvres) ; Tissier, de Remiremont (Vosges) ; Gilson, d'Angoulême (Charente) ; Aguilhon de Sarran, de Paris ; Lépine, de Belleville-sur-Saône (Rhône) ; Surre, de Saint-Cloud (Seine-et-Oise) ; Aubin, de Toulon ; Scamarone, de Trets (Bouches-du-Rhône) ; Mora, de Bazoches-les-Gallerandes (Loiret) ; Dumarest, de Voiron (Isère) ; Lablancherie, de Loches (Indre-et-Loire) ; de Choudans, de Saint-Jean-de-Gonville (Ain) ; Charrier, de Thouars (Deux-Sèvres) ; Gasztowt, de Nevers (Nièvre) ; Seney, de Nice ; Sève, de Sixfours (Var) ; Hervouet, de Paris ; Greuell, de Gérardmer (Vosges) ; Heliot, de Meulan (Seine-et-Oise) ; Mignon, des Mureaux (Seine-et-Oise) ; Devoisins, de Breteuil-sur-Iton (Eure) ; Levassort, de Paris ; Bazot, de Joigny (Yonne).

Produit des 2 premières listes : 456 francs.

PROPOS DU JOUR

Une victoire dans l'armée Française. Répression de l'alcoolisme.

La Presse médicale a toujours fait campagne contre la plaie de l'alcoolisme, sans cesse en progrès ; elle a obtenu (sauf des chemins de fer de l'Etat !) la suppression des bars installés dans les trains. Elle est unanime à approuver, sans réserve, la circulaire du ministre de la guerre.

« On ne vendra, dans les casernes, que le vin, le cidre, la bière et les boissons non alcooliques. »

Cette décision est mémorable ; elle fait plus, pour la valeur de notre armée, que les plus puissants canons, les plus formidables explosifs, les fusils les plus perfectionnés. On peut affirmer que les médecins, par l'unanimité de leur croisade, les *Laborde*, les *Legrain* et tant d'autres, sont, plus encore que les chefs militaires, les véritables auteurs de cette réforme, réclamée d'ailleurs par tous les pères de famille, dont les enfants revenaient si souvent au foyer, habitués à l'alcool, ce poison qu'ils ignoraient parfois à l'entrée au régiment. Il nous plaît d'espérer que M. le Dr de Lanessan profitera bientôt de l'occasion pour faire disparaître de la ration du matelot ce verre d'eau-de-vie, dénommé le boujaron matinal, dont les médecins de la marine, ses collègues, n'ont signalé que les méfaits.

Mais les médecins, d'accord, encore cette fois, avec les pères de famille, ont une bien autre tâche à remplir, et celle-ci, s'ils la menaient à bien, c'est la France tout entière, qu'ils sauveraient, dont ils empêcheraient la

déchéance, à laquelle les progrès de l'alcoolisme nous mènent à si grands pas !

Il faut que les médecins qui s'occupent de politique, que ceux qui veulent l'ignorer par goût ou par système, partent en campagne, aux prochaines élections législatives.

Ils sont partout ; leur influence s'exerce dans le plus obscur des villages, comme à la ville. Qu'ils fassent un effort collectif.

Qu'aux prochaines élections ils imposent cette plateforme électorale : nous combattrons tout candidat, quel que soit son drapeau politique, même le nôtre, qui ne consentira pas à mettre en tête de son programme :

« Je m'engage à voter la limitation des licences et toutes les mesures que le gouvernement jugera utile à la suppression de l'alcoolisme en France. »

Ah ! chers confrères, si nous avions la joie de voir les pères de famille se joindre à nous, pour signifier notre volonté à nos mandants, ce jour-là nous remporterions la victoire la plus éclatante et on pourrait dire : le corps médical français a bien mérité de la patrie, comme les chefs militaires, en mai 1900, ont bien mérité de notre armée !

A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE

Laryngites rubéoliques et tubage.

M. le Dr *Sevestre* vient de traiter magistralement, à la Société de Pédiatrie, la difficile question clinique de la laryngite rubéolique et de son traitement.

« Il est un point, dit-il, sur lequel nous sommes tous d'accord, c'est que, dans les laryngites de la rougeole, qu'il s'agisse de rougeole pure, ou associée à la diphtérie, il faut intervenir le moins possible et le plus tard possible, que ce soit par le tubage ou par la trachéotomie. Mais, dans les cas où la laryngite amène des suffocations telles que la mort par asphyxie est à craindre, nous avons la main forcée, et il nous est imposé d'intervenir. Faut-il tuber ? Faut-il trachéotomiser ? C'est là que les divergences commencent. »

M. Sevestre n'a pas observé que le tubage, chez les rougeoleux, ait des inconvénients, tels qu'ulcérations, infections bronchiques, etc., lorsqu'on laisse le tube trois ou quatre jours au plus. « Les enfants guéris n'ont eu aucun accident laryngé », et sur les larynx guéris qu'on a pu voir à l'autopsie, parmi les 20 décédés, on n'a jamais trouvé de lésions ulcéreuses dues à la présence du tube.

Quant aux infections bronchiques, M. Sevestre croit qu'elles sont moins à redouter avec le tubage qu'avec la trachéotomie, laquelle crée d'abord une plaie pouvant servir de porte d'entrée à l'infection et fait arriver ensuite dans la trachée un air non tamisé par un passage naso-buccal.

D'une façon générale, M. Sevestre est partisan du tubage ; mais, si au bout de quatre jours au plus, le tirage persiste à l'ablation du tube, on ne le remet plus et on fait la trachéotomie.

M. le Dr *Ausset*, de Lille, et M. *Guinon* partagent la même opinion :

La trachéotomie d'emblée paraît être une mauvaise pratique. Le tubage compte à son actif d'assez nombreuses guérisons pour qu'on ait tort de l'accuser d'être nuisible par lui-même. Les enfants tubés qui meurent, seraient morts vraisemblablement aussi, s'ils avaient été trachéotomisés.

M. Ausset a eu à soigner un petit malade que les parents ont absolument refusé de laisser trachéotomiser. Il a gardé son tube plus de quinze jours et a fini par guérir. Il s'agissait, il est vrai, d'une laryngite pseudo-membraneuse, due à une association pneumo-strepto-staphylococcienne. Les fausses membranes protègent la muqueuse dans ces cas. Elle est plus exposée dans les laryngites non membraneuses ; toutefois, on n'a jamais vu, aux autopsies, de lésions spécialement dues au séjour du tube.

En résumé, il faut tuber avant de trachéotomiser, et n'en venir à la trachéotomie qu'après plusieurs jours de tubage.

Interruption provoquée de la grossesse dans certains cas d'albuminurie.

Dans une récente thèse, inspirée et documentée par notre éminent confrère le Dr Lepage, le Dr *F. Coudray* étudie les circonstances qui indiquent la nécessité de provoquer l'accouchement avant terme, dans le cas d'albuminurie.

L'éclampsie est une menace perpétuelle pour l'albuminurique, et ses conséquences sont redoutables : plus d'un quart des femmes éclamptiques succombent. Lorsque l'albuminurie est reconnue de bonne heure et traitée convenablement, il est rare que cette complication survienne ; mais on est parfois appelé à soigner une femme qui est profondément albuminurique et chez laquelle cette complication n'a été reconnue que par l'intensité des accidents ; le régime lacté, administré trop tard, ne produit pas une amélioration suffisante, l'état général de la femme devient inquiétant : *on craint de voir apparaître des accès éclamptiques*. Il y a donc lieu de soustraire la femme à cette complication, qui peut se produire d'un moment à l'autre. L'intervention obstétricale servira toujours les intérêts de la mère, puisqu'elle a pour but de débarrasser au plus vite celle-ci d'une situation qui met sa vie en danger. D'autre part, elle ne sacrifie pas forcément le fœtus, puisque dans la grande majorité des cas, l'albuminurie apparaît dans le dernier trimestre de la grossesse, c'est-à-dire à une époque où le fœtus est déjà viable.

Mais l'albuminurie ne doit pas être envisagée uniquement au point de vue de ses rapports avec l'éclampsie ; cette affection peut avoir d'autres complications qui justifient l'intervention de l'accoucheur. Les différentes formes d'*urémie* (gastro-intestinale, comateuse, dyspnéique), ne peuvent-elles pas, elles aussi, amener la mort de la femme ? L'urémie peut en effet apparaître, malgré le régime lacté ; une observation de M. Coudray en fournit un exemple : après 25 jours de régime lacté absolu, la malade présenta les symptômes d'urémie gastro-intestinale.

Puis, ce sont des troubles de la vue qui peu-

vent persister ensuite, ou des hémorrhagies graves, dues au décollement prématuré du placenta.

L'intervention peut donc être indiquée, mais il faut, avant de prendre une décision, distinguer les cas, suivant que la femme a été soumise au régime lacté, partiel ou absolu.

Si la malade n'a pas été soumise du tout au traitement médical, *sous aucun prétexte, il ne faut intervenir*. Il faut avant tout instituer le régime lacté absolu. En même temps, il est un certain nombre de prescriptions qu'il ne faut pas négliger : la malade évitera l'influence fâcheuse du froid en portant une grande chemise de flanelle ; elle restera au repos complet au lit, dans une chambre suffisamment chaude.

On aura recours aux purgatifs drastiques, comme le recommande M. le Prof. Pinard, qui considère cette révulsion intestinale comme très utile.

Sous l'influence de ce traitement, les symptômes inquiétants peuvent s'amender et disparaître.

On sait que, d'après M. Tarnier, la femme soumise au régime lacté depuis au moins 8 jours, ne peut devenir éclamptique. « Cette proposition, vraie dans la presque totalité des cas, n'est pas absolue. Lepage a vu une femme ne prenant que du lait depuis trois semaines, devenir éclamptique. » (Ribemont-Dessaignes et Lepage.)

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas avoir recours à l'accouchement ou à l'avortement provoqué, si menaçants que soient les accidents : ce serait courir au devant d'un échec. La femme étant en imminence d'éclampsie, on la provoquerait à peu près sûrement.

Si la malade a été soumise au régime lacté partiel, sans traitement hygiénique, *ne pas se presser, insister à nouveau* sur le régime lacté absolu ; au lait on ajoutera le képhir. On fera fonctionner les différents émonctoires (peau, intestin), pour suppléer à l'insuffisance de l'émonctoire rénal. Enfin, on se tiendra prêt au traitement de l'éclampsie.

Si le traitement a été suivi pendant 8 à 10 jours d'une manière rigoureuse, l'albumine, après avoir diminué, reste stationnaire ou même augmente, on réglera sa conduite d'après l'état d'intoxication de la femme et d'après le développement de l'enfant. Mais, en dehors de ces cas, où l'on doit agir pour éviter à la mère de graves complications, il en est d'autres où l'existence de celle-ci n'est pas en danger ; sans doute, la femme est profondément intoxiquée ; mais, cependant, son état n'a rien d'alarmant. Alors la conduite dépendra du développement de l'enfant et aussi du degré d'intoxication maternelle.

On sait que c'est à partir du 180e jour que l'enfant est viable. Cette condition doit donc entrer en ligne de compte.

Lorsque l'utérus est développé, si le fond atteint 32, 34 ou 35 cent., il faut intervenir si, malgré le traitement rigoureusement suivi pendant 8 à 10 jours, l'albumine dépasse 2 ou 3 grammes et si surtout les accouchements antérieurs ont été mauvais. Le fœtus, en effet, n'a que des risques à courir en restant *in utero* et la mère n'a rien à y gagner.

C'est ici surtout que l'accouchement provoqué est le plus nettement indiqué. Car il sera utile à la fois à la mère et à l'enfant.

Enfin, si l'enfant est mort, il ne faut pas provoquer l'accouchement ; c'est là une règle capitale ; l'auto-intoxication diminue et l'albuminurie disparaît peu à peu. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques* de Lucas-Championnière).

Disons, en terminant que chez les femmes albuminuriques, il faut éviter les antiseptiques puissants qui peuvent être toxiques.

Traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire.

M. le Dr *Mauclaire* a fait de nombreux essais et expériences sur les effets des ligatures veineuses, artérielles et déférentielles, contre la tuberculose testiculaire.

La ligature des artères et des veines spermatiques est atrophiante à l'état sain. Dans le cas de tuberculose épididymaire, il doit en être de même, mais dans les observations rapportées, les nerfs spermatiques ont été sectionnés en même temps.

La ligature simultanée de tous les éléments du cordon est atrophiante à l'état sain. Elle l'est aussi dans le cas de tuberculose épididymo-testiculaire. Si celle-ci n'est pas suppurée, l'atrophie est rapide et un noyau fibro-glandulaire ou fibreux extra-glandulaire petit, mais dur, indolore à la pression, donne au malade l'illusion d'un testicule suffisant. Si la tuberculose est suppurée, le grattage, le curettage, l'exposition à ciel ouvert, les cautérisations centripètes avec la fine pointe du thermocautère, finissent par donner, après une période prolongée de suppuration, un noyau fibreux qui satisfait le malade, toujours enchanté d'avoir échappé à la castration. Si, quand il existe déjà une fistule scrotale, la suppuration est prolongée malgré la ligature atrophiante, c'est que peut-être l'organe infecté ne se greffe pas facilement.

On n'a jamais observé qu'une fois la nécrobiose ou la gangrène du testicule après cette ligature de tous les éléments du cordon. Encore il s'agissait dans ce cas d'un individu âgé. De nombreux auteurs et expérimentateurs considèrent cette nécrobiose du testicule comme fatale après la ligature de ses vaisseaux.

M. Mauclaire a pratiqué l'écrasement du cordon avec une pince, mais il n'a pas encore osé faire la torsion. Celle-ci, pratiquée sur les pédicules vasculaires d'un organe sain, détermine l'atrophie.

Cette méthode des ligatures et sections partielles ou totales du cordon est encore à perfectionner ; nous ne publions que les résultats immédiats encore récents. D'ailleurs le but recherché était : 1° d'atrophier l'épididyme tuberculeux et de conserver un noyau fibreux « testiculiforme » ; 2° d'éviter la propagation de la tuberculose à l'autre testicule, ce qui s'observe si la tuberculose est simplement externe ; 3° de faire rétrocéder des lésions vésiculaires et prostatiques préexistantes.

D'une manière générale, les différentes interventions sus-indiquées faites sur le cordon déterminent le plus souvent l'atrophie du testicule.

Dans quelques cas la fistule persiste ; M. Mauclaire ne pense pas qu'il s'agisse toujours de

nécrobiose du testicule, étant donné le siège de la fistule et la nature de ce qu'elle secrète. Ce sont parfois des noyaux épididymaires tuberculeux qui s'éliminent.

Comme complications opératoires on a noté des hématomes tardifs, qui suppurent ou des fistules momentanées par où s'éliminent des noyaux épididymaires tuberculeux et du tissu cellulaire sphacélé.

De toutes les méthodes atrophiantes sus-indiquées, celle qui semble avoir donné les meilleurs résultats c'est la section de tous les éléments du cordon sauf le canal déférent, l'artère déférentielle et les veinules qui accompagnent celle-ci.

Le cacodylate de soude.

Il résulte de très intéressantes expériences faites par MM. Imbert et Badel qu'après l'absorption de 0 gr. 20 de cacodylate de soude, on trouve dès la première émission de l'urine, de l'arsenic dans les urines, et que cette élimination par les reins s'effectue pendant près d'un mois. Ils concluent que la majeure partie de ce sel s'élimine par les urines.

Les expériences faites par C. Pagel, sur des lapins auxquels il injectait pendant 10 et 18 jours des solutions de cacodylate de soude à 2 p. 100 lui ont montré que ce sel se retrouve dans les urines sans altération et presque en totalité. Les divers organes (foie, rein) n'en contenaient que des traces. Le médicament ne fait que traverser le corps sans être absorbé, et n'agit qu'en raison de son action excitatrice de l'assimilation et de l'hémostase.

D'autre part, M. *Dalché* rapporte dans le *Bulletin Médical*, ses observations à ce propos.

Dans le plus grand nombre des cas, il a employé les pilules ; ces pilules étaient de 0 gr. 025 chacune ; or, on reproche en général aux pilules de provoquer des accidents d'intolérance rapides, douleurs gastriques, crises de diarrhée, odeur alliacée de l'haleine ; en choisissant des individus dont l'appareil digestif paraissait, dans son ensemble, en bon état, M. Dalché n'a jamais constaté de signes d'intolérance vraiment sérieux.

Un malade de M. Dalché a ainsi pris des pilules pendant trente-deux jours de suite, à raison de deux pilules durant la première moitié de ce temps, puis de trois, ensuite. Les phénomènes de réaction qu'on a observés chez certains malades ayant subi un traitement identique, n'ont vraiment pas été accusés ; d'ailleurs la diarrhée qui est un signe d'intolérance, peut, surtout chez un phtisique, relever d'une tout autre cause que de l'emploi du cacodylate de soude.

Les injections sous-cutanées étaient de 0 gr. 025 ; un malade de l'Hôtel-Dieu a reçu d'une manière presque continue, pendant deux mois, une ou deux piqûres par jour, et n'en a éprouvé aucun mauvais effet. Un seul malade a dû cesser l'emploi des piqûres, par suite de la douleur qu'il en éprouvait.

Les injections rectales ont été à peu près délaissées. M. Dalché estime, tout d'abord, qu'il n'a causé, du fait de cette médication, aucun préjudice à ses malades ; d'autre part, leur a-t-il fait du bien ?

Certains tuberculeux ont bénéficié du traitement ; chez ceux-ci on a constaté une augmentation sensible du poids du corps ; ce phénomène a été le plus sensible ; l'augmentation de l'appétit et des forces étant plus lente à survenir. L'urine a subi parfois des variations intéressantes à connaître, en ce qu'elles dénotent une grande activité des échanges.

Dans un cas, l'urée a augmenté dans des proportions considérables, ainsi que les phosphates, mais l'élimination phosphatique est restée bien moins importante. Parfois, l'assimilation se faisant mieux, le rapport de l'urée aux chlorures s'est abaissé.

D'autres tuberculeux n'ont tiré aucun bénéfice de la médication cacodylique, soit qu'ils n'aient présenté aucun symptôme d'amélioration, soit qu'un accident d'évolution ou surajouté, ait compromis tout le mieux obtenu.

Trois cas ont donné de très bons résultats ; les deux premiers concernaient des malades atteints de phtisie fibreuse.

A côté de ces succès sans mélange, se placent des cas où il persiste une certaine discordance entre les modifications favorables, et la gravité d'autres signes. Ainsi, malgré le gain dans l'embonpoint, certains malades restent sans force, tandis que les accidents pulmonaires évoluent. D'autres, non seulement n'ont pas acquis d'embonpoint, mais ont vu leur tuberculose devenir chaque jour plus grave ; il s'agissait, en effet, pour ceux-là, de bacillose au moins au second degré, quand on entreprit le traitement.

M. Dalché conclut que le cacodylate de soude peut rendre de vrais services, surtout lorsqu'on peut l'associer à un traitement où sont respectées les règles de l'hygiène et de la thérapeutique, dont on connaît l'efficacité contre la tuberculose pulmonaire.

Tuberculose intestinale infantile

M. le Dr *G. Petit* indique dans le journal la *Tuberculose infantile* le traitement qu'il recommande dans le cas de tuberculose intestinale infantile.

C'est le nitrate d'argent qui forme la base de ce traitement.

Le nitrate d'argent a le double avantage d'être un antiseptique puissant et un cicatrisant ; il agit donc en assurant l'antisepsie intestinale et en facilitant la cicatrisation des ulcérations tuberculeuses, c'est dire qu'il peut être employé à toutes les périodes de la maladie.

M. Petit a adopté les formules suivantes :

1° Chez les enfants de 5 à 10 ans, on donnera pendant trois jours consécutifs une des petites pilules suivantes, après avoir eu soin de purger l'enfant à l'aide d'un purgatif salin faible, ou tout au moins après avoir vidé l'intestin à l'aide d'un lavement ; à cet égard, le lavement d'eau salée semble préférable.

Nitrate d'argent.......	1 centigramme.
Poudre d'amidon.....	ãã 2 centigrammes.
Poudre de guimauve.	

Si le troisième jour la diarrhée n'est pas arrêtée, on donnera pendant deux jours consécutifs deux ou trois de ces pilules. Il est exceptionnel que l'on ait à dépasser ces doses.

2° Chez les enfants à partir de cinq mois, c'est-à-dire ceux chez lesquels la forme pilulaire ne peut être donnée, quoiqu'avec un peu d'ha-

bileté il soit facile de faire avaler une petite pilule dans un peu de lait, par les enfants, en provoquant un réflexe de déglutition, on donnera le nitrate d'argent soit en potion, soit en lavement.

La potion est préférable, surtout quand il y a en même temps des nausées.

Nitrate d'argent....... 1 centigramme.
Sirop de framboises. } àâ 50 grammes.
Eau distillée........... }

Pour un enfant de six mois, on donnera deux cuillerées à café par jour.

Pour un enfant de cinq ans, on donnera la potion en une heure.

Ce traitement est absolument innocent et les craintes de certains praticiens sont absolument injustifiées. Il a été employé un grand nombre de fois sans jamais avoir eu aucune alerte.

Quand les selles sont sanguinolentes, on donne un lavement avec :

Eau distillée et bouillie. 200 grammes.
Nitrate d'argent......... De 1 à 10 centigr.
(suivant l'âge de l'enfant).

Mais il faut toujours faire suivre ce lavement d'un petit clystère à garder auquel on ajoute une goutte de laudanum de Sydenham.

Il va sans dire qu'à ce traitement, il faut ajouter l'hygiène alimentaire et l'immobilisation du ventre.

CHIRURGIE PRATIQUE

L'Appareil de marche pour fractures de jambe.

Le but très modeste du présent article est de montrer qu'il existe un appareil de marche d'une application véritablement pratique dans les fractures de jambe et d'engager les médecins praticiens à faire l'essai facile et dépourvu d'inconvénients de cet appareil, actuellement d'un usage courant dans plusieurs de nos services hospitaliers.

Il aurait été difficile, en effet, de placer, dans un article de médecine pratique, la description d'un des nombreux appareils de marche proposés en Allemagne, lourds, compliqués, d'une application laborieuse et dispendieuse ; et nous ne décrirons pas les appareils de Hessing, Heusner, Krause, Korsch et von Bardeleben, ni même ceux déjà plus simples de Bornes et de Dollinger. Ces derniers sont déjà bien perfectionnés, par rapport à l'appareil de Seutin (1834), l'inventeur de la méthode ambulatoire, qui se contentait de suspendre le membre fracturé à l'aide d'une bande fixée à la nuque du blessé, ou même à l'appareil de Hessing, le bandagiste berlinois qui présenta, au Congrès de Cassell de 1878, un blessé atteint d'une fracture du fémur et montant les escaliers grâce à une gouttière, moulée sur un bandage roulé légèrement compressif. Nous nous contenterons de citer le jugement, resté vrai encore actuellement, que portait en 1894 un médecin praticien, auteur d'une bonne revue historique et descriptive de ces appareils ambulatoires : « Les appareils plâtrés circulaires sont si impopulaires en France, où on leur reconnaît tant d'inconvénients, qu'il est peu probable que nos confrères se décident à les employer d'une façon méthodique, surtout dans la pratique des campagnes où diverses circonstances rendent très difficile la surveillance incessante des malades, trop peu éclairés pour la plupart pour prévenir le médecin en temps utile. Là, un plâtré circulaire trop lâche ou trop serré pourrait causer des dégâts difficilement réparables et n'ajouterait rien à la réputation chirurgicale de celui qui l'a posé. » Aussi le seul appareil que nous voulions décrire est celui de MM. Cestan et Reclus que nous avons toujours vu appliquer avec un plein succès. Ici, plus de ces lourdes attelles métalliques, reliées par des anneaux circulaires, avec un anneau de siège (Sitz-Ring) permettant de prendre appui sur l'ischion ; un simple étrier métallique, très léger, très simple, pouvant être fabriqué au besoin par un serrurier pourvu d'un modèle, représente toute l'intrumentation nécessaire ; le reste, bandes et attelles plâtrées, ne demande rien de particulier. Voyons maintenant l'application. Elle se fait en 2 temps : on applique d'abord un premier bandage destiné à la coaptation des fragments ; donc bandage habituel comprenant deux attelles plâtrées, une postérieure, l'autre en étrier. Ces attelles plâtrées ne seront plus très longues, formant une simple guêtre remontant plus ou moins haut suivant le siège de la fracture ; elles seront légères (six à sept épaisseurs de tarlatane tout au plus), puisque cette gouttière plâtrée va être renforcée par l'appareil de marche proprement dit.

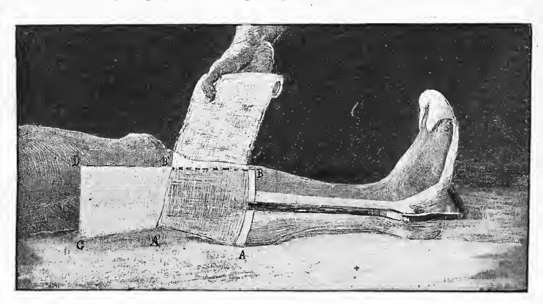
Le lendemain, en effet, on enlève les bandes de toile qui recouvraient la gouttière plâtrée et on applique l'appareil de marche. Nous avons l'étrier métallique en fer ou en zinc, représenté ci-dessus : on voit qu'il n'y a ni anneau rembourré, ni guêtre fixatrice comme dans les appareils allemands ; les branches de l'étrier sont munies à leur extrémité supérieure d'une petite plaquette qui, noyée dans l'épaisseur du plâtre, ira prendre appui sur le chapiteau tibial. Préparons maintenant deux contreforts faits de seize à dix-huit épaisseurs de tarlatane, larges de six à sept centimètres et longs de vingt-cinq à trente ; ce sont ces contreforts qui vont former le lit de plâtre dans lequel viendra se mouler et se fixer la plaquette des branches de l'étrier. Enfin, ayons une bande de tarlatane plâtrée à sec et que nous mouillerons au moment voulu. Nous sommes prêts ainsi et nous n'avons plus qu'à procéder à l'application de l'appareil ; rappelons que cette application est singulièrement facilitée et pour le médecin et pour l'opéré, par ce fait que la fracture est immobilisée depuis la veille dans la gouttière plâtrée habituelle, et que par conséquent il n'y aura plus de douleur ni de déplacement possible. — Nous plaçons les deux contreforts plâtrés sur les parties latérales de la jambe et du genou, de façon à ce que leur extrémité inférieure empiète un peu sur la gouttière de maintien, l'extrémité supérieure remontant, d'autre part, vers le genou et la partie inférieure de la cuisse ; cette partie supérieure du contrefort va être rabattue, tout à l'heure, sur la plaquette métallique. Maintenant nous plaçons l'étrier métallique ; ici deux précautions : d'une part l'anse ou semelle formée par l'étrier doit dépasser de trois à quatre centimètres la plante du pied, de telle sorte que le léger écartement inférieur des branches se trouve au niveau

des malléoles ; d'autre part, les branches de l'étrier doivent monter *dans l'axe* des malléoles.

En cette position l'appareil est fixé par quelques tours de la bande plâtrée, préparée à l'avance. On rabat les parties libres des contreforts sur les plaquettes métalliques, déjà recouvertes par les premiers tours de la bande plâtrée ; et l'on solidarise tout cet ensemble avec les derniers tours de cette bande ; enfin, des bandes de toile sèchent et immobilisent le tout.

Voici une bien longue description, mais par le cliché ci-dessous elle ne paraîtra pas incompréhensible. Il est certain qu'il suffit d'avoir vu une seule fois appliquer cet appareil pour se souvenir des différents temps d'une technique bien plus simple, par exemple, que celle d'Hennequin, d'un usage constant pour l'extension continue dans les fractures du fémur ou de l'humérus.

L'appareil de MM. Cestan et Reclus est bien l'appareil de marche pratique, « à la fois léger consécutifs. Ces critiques, exactes peut-être en partie pour certains appareils, ne le sont assurément pas pour celui décrit ici, qui, bien appliqué, sera toujours bien supporté, ne produira pas d'eschares, sera rapidement utilisé par le blessé, heureux d'abréger son séjour au lit, enfin favorisera la formation d'un cal régulier, solide et, de plus, rapide, cela en l'absence de toute atrophie musculaire et de toute ankylose des articulations voisines. Cestan a réuni les statistiques des auteurs qui ont employé la méthode ambulatoire, et, pour imparfaite que soit une statistique globale, basée sur l'emploi d'appareils très différents, on peut y voir que, pour une fracture de jambe type, au tiers inférieur, la moyenne de la durée de la consolidation est de 38 jours au lieu de celle de 45 jours, indiquée par la plupart des auteurs. Mais, plus encore que la consolidation, la guérison définitive est abrégée. Tous les médecins praticiens savent qu'il s'en faut que, le cal



et solide » réclamé par tous les auteurs : solide, puisque, tout en permettant la surveillance constante de la fracture, l'indépendance des deux appareils (de contention et de marche) assure le minimum d'ébranlements du foyer traumatique ; léger, puisque le poids total ne dépasse guère 1100 ou 1200 grammes, ce qui, à la vérité, paraît encore suffisamment lourd au blessé qui essaye ses premiers pas, mais est notablement inférieur au poids des lourds appareils allemands.

Mais, outre ces avantages de la méthode ambulatoire en général, Hennequin a adressé de nombreuses critiques à cette méthode : pour lui, les points d'appui pris par tout appareil de marche, à la peau, aux masses musculaires ou aux saillies osseuses (plateau tibial ou tubérosité ischiatique) seraient ou bien insuffisants ou bien dangereux (douleurs, eschares) ; d'autre part, les malades se refuseraient presque toujours à marcher avec l'appareil ambulatoire ; enfin, on favoriserait le déplacement secondaire des fragments avec chevauchement et raccourcissement établi, le blessé se mette à marcher ; c'est à ce moment que l'on a à lutter contre des articulations enraidies par l'immobilité prolongée et contre des muscles atrophiés par l'inactivité fonctionnelle ; le plus souvent ce ne sera qu'après plusieurs semaines de mobilisation, de massage, d'électricité que le malade quittera la chambre.

Les auteurs indiquent une moyenne de 60 jours pour l'obtention de la guérison définitive des fractures du tiers inférieur de la jambe ; Cestan, dans sa statistique globale pour la méthode ambulatoire, trouve une moyenne de 51 jours.

Mais ces chiffres, déjà démonstratifs, ne sont pas absolument exacts et nous avons dit de quels éléments différents était faite cette statistique : pratiquement ce que l'on observera, avec l'appareil de MM. Cestan et Reclus, ce sera la coïncidence presque absolue de la guérison définitive et de la consolidation, c'est-à-dire qu'aucun délai ne séparera l'enlèvement de l'appareil de la sortie du blessé, lequel, n'ayant pas

cessé de marcher, n'aura pas de nouvel apprentissage à faire.

A ces avantages, que Cestan qualifie de *locaux*, il faut naturellement joindre les avantages *généraux* de la méthode ambulatoire ; par exemple, l'absence de congestion hypostatique des poumons déterminée par le séjour au lit prolongé chez les sujets âgés, ou encore l'absence de délirium tremens chez les alcooliques. Enfin il faut encore mentionner les avantages *sociaux* : le séjour à l'hôpital sera diminué ; les malades pourront dans certains cas marcher « utilement », en reprenant certaines professions. Et il faut rappeler l'exemple de Krause qui marchait au 6e jour de sa fracture bimalléolaire, vaquait à ses affaires, montait des escaliers et reprenait ses visites, ce qui ne l'empêchait pas d'être complètement guéri dès la 4e semaine. De même les malades, présentés par M. Reclus, faisaient avec une canne, au quinzième jour de leur fracture, le trajet qui sépare l'hôpital Laennec de la rue de l'Abbaye et montaient l'escalier de la Société de Chirurgie.

Il ne nous reste qu'à établir les indications de la méthode ambulatoire. C'est naturellement dans ces fractures simples, sans lésion de la peau, sans tendance marquée au chevauchement que les résultats seront le plus satisfaisants ; mais les fractures compliquées elles-mêmes ne sont pas une contre-indication absolue à l'appareil de marche ; elles nécessiteraient seulement une surveillance plus rigoureuse. Von Bardeleben recommande d'appliquer l'appareil le plus tôt possible, avant que le gonflement n'ait eu le temps de se produire. Pour Warbasse, en effet, le gonflement secondaire serait causé en grande partie par les mouvements des fragments non encore immobilisés dans l'appareil de contention.

Il n'y a pas de soins consécutifs spéciaux à donner aux blessés porteur de l'appareil de marche : ils pourront se lever dès que l'appareil sera posé ; il marcheront d'abord avec des béquilles, puis avec une canne et bientôt même sans aucun appui ; on pourrait rétablir l'égale longueur des membres en renforçant d'une épaisse talonnette la semelle du côté sain. Si le malade souffre, l'appareil est défectueux ; il en est de même si, placé tardivement, il devient trop large par la disparition du gonflement ; dans ces cas il vaut mieux refaire un autre appareil que de chercher à le calfater avec de l'ouate, ce qui serait tout à fait insuffisant.

Ainsi l'appareil de marche, dont nous avons vu les heureux résultats et la facilité d'application, remplit en même temps, comme le fait remarquer M. Reclus, ces deux nécessités contradictoires, en apparence, d'un bon appareil : il *immobilise* les fragments osseux et permet la *mobilisation* des muscles des tendons et des articulations. La méthode de traitement des fractures par le massage et la mobilisation précoce articulaire, vantée à bon droit par M. Championnière, mais d'emploi difficile dans les fractures de jambe et d'une manière générale à la campagne, est donc heureusement suppléée et remplacée dans ces cas par l'appareil de marche vraiment pratique de MM. Reclus et Cestan.

Pierre Roy,
Interne des hôpitaux de Paris.

Un nouveau pansement (pansement bicarbonaté sodique).

Par M. le Dr Smester.

J'avais lu dans un journal de médecine que des pansements au bicarbonate de soude à 2 % avaient donné de bons résultats à deux confrères, dont je regrette vivement de ne pas me rappeler les noms (1).

Sur une population de près de deux mille ouvriers, où les accidents sont fréquents, j'ai expérimenté ce mode de pansement, qui, entre autres grands avantages, présente ces deux principaux :

1° D'être peu coûteux ;

2° De ne pouvoir jamais être toxique.

Je l'ai essayé des centaines de fois pour le pansement des coupures plus ou moins étendues, des panaris, furoncles, anthrax opérés, pour le pansement des brûlures aux trois premiers degré's.

J'ai commencé par suivre, à la lettre, la façon de aire des promoteurs du pansement bicarbonaté. Peu à peu, je m'en suis affranchi, et, considérant que le bicarbonate de soude n'est pas toxique, j'ai essayé, pour les lésions citées plus haut, le sel pur, à l'état sec.

Les résultats ont été encore meilleurs qu'avec les solutions plus ou moins concentrées.

Le bicarbonate n'irrite jamais la plaie, ni ses alentours, comme trop souvent le salol, l'acide phénique, le sublimé. Il n'a aucune mauvaise odeur, comme l'iodoforme, et on peut en user et en abuser, sans inconvénient pour le malade — du moins je n'en ai jamais constaté.

Cependant, avant d'exposer la technique de mes pansements au bicarbonate de soude pur et sec, je désire mettre en garde ceux qui se serviront de cet utile médicament. Dans tous les cas de petite chirurgie, et sur une plaie déjà en suppuration, il faut faire attention de bien enlever tout le pus, avant de procéder au pansement. Si cette précaution n'était pas prise, le bicarbonate pur, mis sur la plaie, y formerait une sorte de blanche cuirasse s'opposant à tout écoulement du liquide purulent.

Dans le cas, donc, où l'on n'aura pas la certitude d'avoir débarrassé complètement la plaie du pus qu'elle contenait, il sera prudent de renouveller le pansement tous les jours, au plus tous les deux jours.

Pour les cas ordinaires, voici comment je procède. De par la nature même de leurs travaux, les ouvriers ont forcément les mains sales ; quand l'un d'eux m'arrive avec une plaie quelconque, je commence par procéder à l'antisepsie minutieuse de la plaie et de ses environs. Je fais d'abord un grand lavage avec une solution de sublimé faible, lavant les alentours soit avec de l'eau savonneuse tiède, soit avec la solution de sublimé. Cela fait, avec un tampon d'ouate aseptisée, j'assèche minutieusement la plaie. Quand je juge cet asséchement bien complet, je couvre la plaie et ses abords d'une couche de bicarbonate de soude, et mets, sur cette couche, un peu

(1) Le *Concours médical* (n° 42, 1898) a relaté les faits signalés par MM. les Drs Auge et Casteret, médecins militaires, qui furent les premiers à essayer en France le pansement au bicarbonate de soude, expérimenté déjà par un médecin russe et un médecin militaire d'Algérie. — N. D. L. R.

d'ouate sèche que fixe enfin un tour de bande.

Généralement, quand le pansement est levé, après quatre à cinq jours, on constate que la plaie se sèche, sans trace de pus, avec des bourgeons charnus de belle apparence.

S'il se produit un peu d'écoulement sanguin, celui-ci forme, avec le bicarbonate, un mortier solide qui empêche l'air et les microorganismes d'arriver jusqu'à la plaie. Elle guérit donc sans aucune suppuration.

Quand la plaie est un peu étendue, on y fait, selon les cas, un ou plusieurs points de suture pour en réunir les lèvres, après antisepsie minutieuse, et l'on panse comme je l'ai indiqué. La réunion se fait par première intention.

Il n'est pas nécessaire d'entourer les parties de plusieurs centaines de grammes d'ouate et de cinq à dix mètres de bandes. Ce sont des exagérations absolument inutiles.

Une bonne antisepsie, une couche de bicarbonate bien aseptique, une petite couche d'ouate, et un ou deux tours de bande, cela est largement suffisant.

Je puis affirmer que, depuis que j'ai institué ce mode de pansement, jamais une plaie, même sur des parties très sales, n'a suppuré, quand le blessé est venu immédiatement se faire laver et panser.

Je n'ai pas d'expérience suffisante de l'action de ce mode de pansement pour les grandes opérations. Je suis persuadé qu'il vaudra toujours beaucoup mieux que le salol, l'iodoforme ou l'acide phénique.

La caractéristique du bicarbonate de soude, c'est d'assécher admirablement les plaies.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'encombrement médical.

Depuis quelque temps, le corps médical se préoccupe à juste titre de l'encombrement qui de toutes parts le menace. Cet encombrement est tel que dans certaine ville que je connais, (pas très importante), il ne se passe pas d'année, sans qu'un jeune médecin vienne s'installer. Qu'en résulte-t-il ? Jugez-en par un exemple : Un médecin établi depuis plus de dix ans dans cette ville et bien placé pour y être connu et y réussir, ne trouve pas encore à y gagner sa vie : Si mon père ne me nourrissait pas, dit-il, je ne sais ce que je deviendrais. Le même médecin offre aux Sociétés les secours médicaux à 2 fr. 50 par membre et par an, au lieu de 3 fr. chiffre déjà bien dérisoire. Il a même été, paraît-il, jusqu'à proposer de faire des visites à moins d'un franc ! Je pourrais citer bien d'autres exemples aussi, hélas ! — Aussi bien est-il temps que le corps médical tout entier se préoccupe d'un pareil état de choses, qui peut devenir pour presque tous, pour ne pas dire tous, par suite de la baisse des prix, par suite des procédés douteux employés par les besogneux, une source de misère parfois et de déconsidération toujours.

Les causes de cet encombrement sont très nettement indiquées par le Dr Hervé (concours du 17 février), mais les moyens qu'il propose pour y remédier, le sont moins bien selon nous.

Disons d'abord un mot, si vous le voulez, du relèvement du niveau des études qui lui semble désirable, — et praticable. Augmenter la difficulté des examens — bon moyen sans doute, mais n'en doutez pas, destiné à rester à tout jamais dans le domaine de la théorie !

Quoique mon expérience ne soit pas longue, je suis assez bien placé pour me rendre un compte exact des choses, et pouvoir affirmer que les nouvelles barrières introduites pour augmenter la difficulté des examens et leur nombre sont de simples épouvantails, absolument incapables d'arrêter ceux qui même, malgré tout manque d'aptitude pour la médecine, ont fait choix de cette carrière. Prenons par exemple, le P. C. M. A-t-il fait diminuer le nombre des étudiants en médecine? Les statistiques (autant que j'ai pu les consulter) nous répondent négativement. Certes, je lui reconnais un avantage, c'est d'initier les futurs médecins à la vie scientifique, de leur faire connaître les procédés mis en œuvre dans les laboratoires, et par suite de leur permettre de porter un jugement raisonné sur la science et ses méthodes de découvertes. Mais ne croyez pas qu'il puisse désormais arrêter qui que ce soit au seuil de la carrière médicale. Un instant on avait pu l'espérer. Mais cet espoir a été vite déçu et en voici le motif.

Quelques Facultés ont cru, au début, pouvoir se montrer d'une grande sévérité à l'examen du P. C. M. et n'ont admis qu'un très petit nombre de candidats. Qu'en est-il résulté ? C'est que ces Facultés, redoutées des candidats, ont vu diminuer le nombre de leurs élèves au profit d'autres Facultés ou Ecoles plus accommodantes. Il s'est produit là une lutte qui entraînait les Elèves et par suite aussi les crédits et les ressources des Universités, vers celles qui faisaient preuve de la plus grande somme de faiblesse aux examens. Aussi bien les plus sévères, voyant qu'il y allait de leurs intérêts, n'ont pas hésité, à faire machine en arrière et à se mettre de niveau avec leurs peu courageuses concurrentes.

Les sollicitations de toutes sortes aidant, la bonne réputation faite par les candidats désireux d'arriver aisément, aux professeurs peu sévères, s'y ajoutant, il en est résulté que Facultés des sciences et Facultés de médecine, sont devenues impuissantes à résister à l'envahissement médical. Inutile donc de leur demander ce qu'elles ne vous donneront pas, ce qu'elles ne peuvent vous donner ; vous perdriez complètement votre temps et votre peine.

Exiger le diplôme de bachelier ès lettres, je le veux bien, mais moyen encore insuffisant.

« Appliquer aux confrères de nationalité étrangère l'article du code qui les exclut des fonctions publiques et ne leur accorder la naturalisation qu'en échange de l'accomplissement intégral de leurs devoirs militaires. »

Autre bon moyen, mais encore tout à fait insuffisant.

J'en dirai dirai autant de la 5e solution du Dr Hervé :

« Réserver exclusivement pour le médecin certaines fonctions administratives qui sont de sa compétence. »

Quant à la 4e solution : « Imposer le service de trois ans aux étudiants en médecine », son utilité ne me paraît pas compenser tout ce qu'elle aurait de vexatoire.

En somme, tous ces petits moyens, qui peuvent avoir leur bon côté, me semblent tout à fait insuffisants.

Que faire donc ? Mais, appliquer aux grands maux les grands remèdes. Pourquoi ne pas instituer dans chaque Faculté de médecine un concours qui ne laisserait passer que les plus aptes, et en nombre juste suffisant pour garnir les vides causés par les décès ? Ah je vous entends bien d'ici, créer, au privilège, attentat à la liberté ! Le diplôme, direz-vous, est un titre purement scientifique et n'a pas pour objet de nous garantir un traitement quel qu'il soit. Ici, je vous arrêterai, et vous demanderai, honoré confrère, dans quel but vous avez fait votre médecine ?

Etait-ce simplement par amour de la science ou dans l'intention de gagner honorablement votre vie ? Votre réponse n'est point douteuse ; vous aviez pour but de vous faire une situation honorable. Ne me parlez donc plus de ces diplômes purement scientifiques bons tout au plus pour quelques millionnaires avides de savoir. Rara avis ! Ne me jetez pas non plus à la face, les mots baccalauréat, licenciés, premières étapes vers d'autres diplômes ou titres, tels que l'agrégation qui, eux, assureront leur existence aux candidats admis.

Ne me parlez pas non plus de collectivisme ; en quoi, je vous prie, l'État se croira-t-il plus obligé envers les médecins parce que le nombre de ces derniers sera moindre ? Je ne crois pas que personne ait songé à lui demander aucun traitement ; d'ailleurs, les médecins tiennent trop à leur liberté pour désirer être fonctionnaires. Cette objection ne tient pas debout.

Quant au privilège, il n'aura pas changé ; la concurrence sera toujours possible et elle n'aura qu'à gagner d'être moins meurtrière. Enfin, pour ce qui est de la question de liberté, je vous demanderai qui a jamais songé à la mettre en avant pour les concours destinés aux fonctionnaires, tels que concours pour Saint-Cyr, polytechnique, agrégation ? Et pourquoi trouve-t-on très rationnel que ces concours existent ? C'est qu'on sait bien qu'il n'existe qu'un nombre limité de places à pourvoir. Mais n'en est-il pas de même en médecine ; ne sait-on pas que si le nombre des médecins dépasse un certain chiffre, il est impossible à beaucoup de gagner honorablement leur vie. Je ne vois pas du tout la différence que l'on veut bien établir, des fonctionnaires aux médecins, du seul fait que les premiers sont payés par l'Etat, tandis que les seconds le sont et le seront toujours dans mes prévisions par leur clientèle.

Et s'il y avait une question de liberté à considérer, combien mieux cette liberté serait sauvegardée dans les concours médicaux que je propose où les candidats de tous âges, fussent-ils des retapés de 20e année pourraient être admis, que dans les concours pour les postes de l'Etat où une stricte limitation d'âge est une manifeste violation de cette fameuse liberté qui semble tenir tant à cœur. En réalité, il n'y a là qu'un mot et pas autre chose.

Que cet assujetissement à un mot, un simple mot, est peu de chose en regard du service à rendre au corps médical en lui donnant une vie honorable et considération ; au service à rendre aussi au public en le délivrant, autant que faire se pourra, des ignorants et des charlatans; enfin, à toute cette classe de médecins qui, poussés vers la carrière médicale par des aptitudes qu'ils croyaient avoir et qu'on eût dû les obliger à comprendre qu'ils n'avaient pas, regrettant trop tard d'avoir dépensé leurs efforts et leur argent en pure perte, obligés qu'ils sont d'attendre vainement une clientèle assez clairvoyante pour ne pas venir à eux.

Voici donc ce que je propose :

Projet de loi :

1° Il est institué dans chaque Faculté et Ecole de médecine un concours annuel dont la date sera fixée par décret.

2° Pourront prendre part à ce concours tous les étudiants en médecine régulièrement inscrits ayant 4 inscriptions au moment de l'ouverture des concours. — Le concours comprendra un examen écrit pratique et oral.

A la suite de ce concours il sera délivré aux candidats admis un certificat.

3° Nul ne pourra prendre la 5e inscription de médecine s'il n'est muni de ce certificat.

4° Le nombre des candidats à admettre sera fixé, chaque année, par le ministre de l'Instruction publique et devra être en rapport avec le nombre de docteurs en médecine décédés dans l'année précédant le concours.

5° Le nombre de candidats à admettre par chaque Faculté ou Ecole, sera réparti proportionnellement au nombre d'étudiants ayant moins de cinq inscriptions, régulièrement inscrits et immatriculés à la dite Faculté ou Ecole.

6° Ne seront soumis à ce concours que les étudiants français ou autorisés à exercer en France.

Nul ne pourra parmi les docteurs reçus à dater du exercer la médecine en France s'il n'est pourvu dudit certificat. — On voit que le présent projet n'exclut personne autre que les non valeurs ou si vous voulez les *moins valeurs*, incapables de travail ou de persévérance, ce qui sera tout à l'avantage du public et du corps médical.

Le concours serait placé à la fin de la 1re année, afin qu'il puisse comprendre en majeure partie des matières médicales, ce qui permettrait de juger de l'aptitude du candidat pour la médecine. — D'autre part, il ne devrait pas être placé plus tardivement, afin que les candidats évincés soient assez jeunes pour entreprendre une autre profession.

Si jamais pareil projet de loi venait à être adopté, tous devraient se féliciter, car il y va de l'intérêt matériel et moral aussi bien du public que du corps médical. Aussi viens-je solliciter en sa faveur l'approbation et le vaillant appui de l'un et de l'autre.

Dr G. Boyer.
77, rue des Ayres, Bordeaux.

La mutualité entre médecins

Nous avons signalé dernièrement les projets lancés par MM. les Drs Belière d'une part, et Despagnet d'autre part, dans les Sociétés d'arrondissement, afin de créer une mutuelle en cas de décès.

On nous communique aujourd'hui la note cidessous qui a trait à une tentative analogue,

mais de plus large application, puisqu'elle viserait tous les médecins de Paris.

Toujours favorable au principe de ces groupements, le *Concours* s'empresse de publier, réservant d'ailleurs son appréciation sur les voies et moyens, qui exigent des études spéciales et des calculs rigoureux.

Mutuelle Assurance-Vie des Médecins de Paris.

Le vent est à la solidarité et à la prévoyance. C'est dans ce but que diverses Sociétés ont été fondées pour venir au secours des Médecins, pendant leur existence, en cas de maladie ou d'accidents. Récemment, quelques Sociétés d'arrondissement ont songé aussi à former, entre leurs membres, une assurance mutuelle en cas de décès. Nous avons trouvé cette idée excellente et nous avons songé à l'étendre à tous nos confrères de Paris. En nous groupant en totalité, nous pourrons ainsi assurer à nos participants une somme beaucoup plus élevée.

Cette idée d'assurance-vie, sera certainement bien accueillie. En effet, pendant leur existence, les médecins gagnent presque toujours, souvent péniblement, le pain des leurs. Mais, à leur décès, ils ne laissent qu'exceptionnellement de la fortune, et quand leurs enfants sont jeunes, quand la veuve est sans profession, c'est la misère certaine et la misère d'autant plus pénible qu'elle s'attaque à une classe de gens de bonne éducation.

C'est pour remédier à ce triste état des choses, pour parer aux premières éventualités qu'un certain nombre de confrères, inspirés uniquement d'un sentiment confraternel de solidarité, ont cru bien faire en formant une Assurance-Médicale-Mutuelle entre tous les médecins de Paris. En cas de décès d'un de leurs camarades, cette association pourra, dès la première année, verser à la veuve, aux orphelins ou à d'autres héritiers directs une somme de mille francs, et cela contre une cotisation relativement minime : trente francs par an. Mais au bout de cinq ans, grâce à diverses ressources mises en réserve, cette somme allouée à la veuve et à l'orphelin sera beaucoup plus considérable et pourra atteindre un chiffre relativement élevé au bout de quelques années.

Nous aurions bien voulu accepter indistinctement tous les confrères de Paris. Mais certaines raisons nous obligent à fixer une limite d'âge. D'après nos Statuts, nous ne pourrons admettre que les médecins n'ayant pas dépassé 50 ans. D'autre part, peuvent seuls faire partie de cette Assurance Mutuelle les confrères français.

Nous avons la conviction que tous les médecins se trouvant dans ces conditions s'empresseront de se solidariser et viendront s'inscrire dans cette Assurance Médicale Mutuelle. Pour cela, ils n'auront qu'à envoyer leur adhésion écrite à l'un des confrères suivants :

MM. Baratoux, 13, avenue de l'Opéra, Paris.
Bernheim, 9, rue Rougemont, Paris.
Campart, 233, rue Saint-Martin, Paris.
Henri Lorain, 33, rue de Châteaudun, Paris.
Tournay, 2, boulevard Saint-Martin, Paris.

CORRESPONDANCE

Médecins. Eaux minérales, spécialités, etc.

Noisiel-sur-Marne, le 1er mai 1900.

Très honoré Confrère,

La lettre très intéressante de Monsieur le Dr J. Gruzu, parue dans l'avant-dernier numéro du *Concours*, ne saurait manquer de provoquer des commentaires nombreux autant que suggestifs.

C'est qu'en effet la question des spécialités me paraît, comme à pas mal de nos confrères, beaucoup plus complexe.

Présentée, ainsi que l'a fait notre honorable confrère de Nice, elle ne peut évidemment recevoir d'autre solution.

Il ne viendra jamais à l'idée d'aucun de nous de se mettre à la remorque d'un fabricant de produits pharmaceutiques pour favoriser l'extension de ses affaires, sous le bénéfice d'une remise déterminée et directe au médecin prescripteur.

Sur ce point, l'avis est unanime et tous approuveront la décision de M. le Dr Gruzu en la circonstance.

Néanmoins des confrères très sages, très corrects, d'une délicatesse professionnelle à l'abri de tout soupçon, ont maintes fois devant moi, manifesté le regret de voir s'éparpiller et se perdre les effets de notre action collective, qui s'exerce le plus souvent en faveur de gens qui ne nous en savent aucun gré, à la prospérité matérielle desquels nous travaillons incessamment, qui nous doivent leur situation prépondérante et leur fortune, sans que jamais il leur vienne seulement à l'idée de s'associer aux œuvres de prévoyance du Corps médical, à qui ils doivent tout.

Il faut pourtant être juste, et convenir qui si l'altruisme est de règle commune parmi nous, ce n'est pas leur péché mignon, à eux.

Quand ils nous témoigneraient leur reconnaissance en favorisant nos œuvres de secours, en arrondissant nos caisses de retraite, où serait le mal !! Pas de remise, ni de dividendes personnels, je l'accorde bien volontiers, mais un témoignage de gratitude sonnante et trébuchante à la collectivité médicale, pour ses unités malheureuses ; voilà ce que nous désirerions et ce qui me paraît pouvoir être accepté en toute loyauté et correction.

Et qu'on ne vienne pas supposer un seul instant que parce que tel Baron de la Droguerie daignera s'intéresser à nos bonnes œuvres et à nos caisses de retraite, je me croirais le moins du monde obligé de donner la préférence à ses produits ;

Oui, s'ils sont de tout premier ordre et reconnus tels par nous tous ;

Oui, s'ils sont absolument indiqués chez mon client et s'il doit en retirer le plus grand bien ;

Non, dans le cas contraire ;

Car, que me chaut que mon industriel devienne millionnaire ou marche à la faillite : ce qui m'importe avant tout, c'est que mon client guérisse et que ma conscience ne me reproche rien.

Nous en sommes tous là, évidemment.

Prétendre le contraire, c'est faire de chacun de nous un client tout désigné pour la cour d'assises.

C'est élémentaire.

Mais mon ambition va plus haut et plus loin.

Pourquoi et comment ne pas admettre que tout ce qui touche à la profession, tout ce qui en dérive et en découle, tout ce qu'elle met en œuvre, doive tourner à son profit.

J'entends bien : La pharmacie aux pharmaciens ; la médecine aux médecins.

C'est tout le programme. Fort bien.

Il faut voir pourtant les choses comme elles sont.

Quand il s'agit pour nous de prescrire une eau minérale, si la source qui répond à l'indication est unique, il n'y a et il ne saurait y avoir aucune espèce d'hésitation.

Mais quand dix sources se présentent ayant même valeur et même effet thérapeutique, si l'une d'entre elles appartient à des médecins, pourquoi ne pas lui donner la préférence : agir autrement, c'est faire un métier de dupe et de mauvaise confraternité.

De même, pour les spécialités, qui sont un levier autrement puissant pour l'amélioration de notre situation matérielle à tous, pourquoi n'aurions-nous pas, nous, Corps médical français, notre série de vingt à trente spécialités, de composition absolument supérieure, répondant aux cas les plus usuels, éditées par une ou plusieurs maisons de tout premier ordre, et que nous prescririons à l'exclusion de toutes autres, sauvegardant ainsi l'intérêt primordial et sacré des malades, et secondairement le nôtre ! ! !

Pourquoi n'aurions-nous pas, en France, les spécialités du Corps médical français et les Eaux minérales des médecins !

Trouverait-on mauvais, que parvenus au déclin de la vie, trahis par leurs forces, trahis par la fortune, les vaincus de la profession pensent avoir l'ultime consolation de voir s'ouvrir devant eux un asile, où fuir en paix, à l'abri des mauvais coups du Destin une lutte sans trêve, ni repos.

Où donc est le Mécène qui créera, qui alimentera, qui soutiendra de ses deniers cette pieuse création : *la maison de retraites des médecins.*

Le Mécène, c'est nous parbleu ! nous seuls ! !

Notre action journalière, incessante, étayée sur la confraternité vraie, ayant en mains comme levier, nos eaux et nos spécialités aura seule fait le miracle.

Certes, voilà 20 ans que le Concours médical combat, sous la très respectée et très estimée direction de notre honoré confrère, le Docteur Cézilly, le meilleur combat.

Notre gratitude pour lui est infinie, car les bonnes œuvres médicales de M. Cézilly nous ont valu un véritable relèvement de la profession : aussi pouvons-nous affirmer (j'avais l'honneur de le lui dire il y a quelques mois au Cercle Volney) que nous le considérons tous comme notre véritable bienfaiteur.

Mais le Concours médical ne peut suffire à tout :

De plus, la famille médicale grandit chaque jour, et ses besoins en proportion ; l'horizon s'assombrit, l'avenir est incertain, car la pléthore médicale aggrave progressivement une situation déjà précaire : Faut-il sombrer ! ! !.....

D'où viendra le salut !

De nos spécialités, de nos eaux minérales !

Point d'autre part, tenez-le pour certain.

Si le grand Congrès médical, international, cosmopolite, qui va s'ouvrir bientôt, avait daigné réserver au prolétariat médical, une petite place spéciale, il n'eût certes pas été inutile de traiter sous toutes leurs faces ces questions terre à terre purement matérielles, fort délicates, j'en conviens, mais d'où aurait pu sortir, pour pas mal d'entre nous, le pain de chaque jour, et, par surcroît, celui de l'avenir ! ! !.....

Docteur Edmond Michel.

BULLETIN DES SYNDICATS

et Sociétés locales.

Syndicat de la Loire-Inférieure

Réunion du 13 Mars 1900

M. le Dr Luneau, président, après lecture et adoption du procès-verbal, rend compte d'un jugement que nous reproduirons, et ajoute qu'un autre confrère, M. le Dr Perrion, a su imposer ses conditions à une autre Compagnie, et engage tous les syndiqués à suivre cet exemple.

Affaire de la Société des Corporations diverses

Le 1er février, M. Bodet, secrétaire de la Société des C. D. portait plainte contre le Dr Lacambre, qui n'était pas allé immédiatement voir un membre de la Société.

Le Syndicat, à la séance du 13 février, décida que la plainte était mal fondée, et la lettre suivante fut envoyée aux 13 médecins de la Société des C. D. :

« Nous avons l'honneur de porter à votre connaissance que la Société des C. D. a porté plainte contre l'un des médecins attachés à cette Société.

« Cette plainte ne nous a pas paru justifiée, dans la séance du 13 février. Séance tenante, M. Dupin a même demandé que son nom fût rayé de la liste.

« Avant de donner une réponse définitive au Président de la Société des C. D., nous vous demandons si nous devons donner suite aux conventions écrites en 1890 avec cette Société, et si vous désirez voir votre nom maintenu sur la liste des médecins attachés à cette Société. »

Le 27 février, M. Bodet, secrétaire des C. D., mettant sous les yeux de M. Luneau le contract suivant :

« Je soussigné, docteur médecin, certifie que le Syndicat des médecins s'engage à soiger les membres de la Société des C. D. au prix de 9 francs par an et par membre, à partir du 1er janvier 1890. Les soins seront donnés pour le prix de 9 francs :

« Au Sociétaire ;

« A sa femme ;

« A leur père et mère,

« Et à leurs enfants jusqu'à l'âge de 18 ans (pour les garçons seulement).

« Toutes ces personnes devront habiter sous le même toit.

« Fait double et de bonne foi, le 28 décembre 1889 à Nantes.

Dr Chachereau.

M. Luneau fait observer que ce contrat, dont la durée n'est pas limitée, engage le Syndicat tout entier, mais qu'il est révocable.

D'autre part, il ne porte pas les signatures des délégués Orhon et Lizé de la Société des C. D.

M. le Président rappelle que, dans une précédente séance, le Syndicat a posé que le prix normal de la visite était 5 francs et celui de la consultation 3 francs ; que pour les ouvriers le prix serait réduit à 3 francs pour la visite et 2 francs pour la consultation.

Il insiste sur les dangers de l'abonnement, et estime qu'un médecin ne devrait jamais signer un contrat qui le lie, lui fait perdre son indépendance et en fait un subordonné.

Le Syndicat décide, à l'unanimité, qu'il y a lieu de dénoncer le contrat avec la Société des C. D. Une lettre sera écrite en ce sens au Président de la Société, et le service sera assuré jusqu'au 1er avril.

Affaire Dugast

M. Luneau donne lecture d'une plainte adressée par le Dr Deray contre un sieur Dugast, qui exerce illégalement la médecine et la chirurgie.

Une plainte sera portée contre ce rebouteur.

Service militaire des Etudiants

Le Dr Guilbaut donne lecture du rapport suivant, sur le service militaire des Etudiants en médecine :

« Messieurs,

« Depuis quelques années, la question du service militaire des étudiants en médecine préoccupe à bon droit le corps médical tout entier, soit qu'il se place au point de vue de l'intérêt général, qui exige une bonne organisation du corps de santé militaire, soit qu'il se place au point de vue de son intérêt particulier, et cherche les moyens de diminuer l'encombrement de notre carrière.

« Actuellement, tout étudiant en médecine est, de par l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, exempté de 2 années de service, à la condition

d'être, à 27 ans, docteur, ou interne des hôpitaux d'une ville pourvue d'une faculté de médecine.

« Son unique année de service, il la passe dans une caserne, en qualité de soldat de deuxième classe. Est-il pourvu de 12 inscriptions, ou, avec le régime actuel, de 8 inscriptions de doctorat et du titre de médecin auxiliaire, il peut être mis par son chef de corps à la disposition du médecin-major, à l'infirmerie régimentaire, mais seulement après avoir fait ses classes, c'est-à-dire au bout de 6 mois.

« Enfin, depuis quelques années, les 12 bataillons alpins et quelques régiments de montagnes, reçoivent pour leur période de manœuvres à peu près 80 à 100 médecins auxiliaires, qui vont, comme médecins de compagnies ou de batteries, passer dans ces corps leurs 3 ou 4 derniers mois de service.

« On ne peut donc dire que les étudiants en médecine soient utilisés au mieux de leurs intérêts particuliers et des intérêts généraux.

« Ils perdent à l'école du soldat un temps précieux et n'apprennent rien ou presque rien de ce qu'il leur faudrait savoir, le jour de la mobilisation.

« Cet état de choses a été vivement critiqué et l'on s'est efforcé de trouver mieux.

« Une première proposition, qui n'a aucune chance de succès, ne fût-ce que pour des raisons budgétaires, tend à faire accomplir une année de service militaire, non plus aux étudiants, mais aux docteurs, aussitôt après la soutenance de leur thèse et en qualité de médecin aide-major de 2e classe.

« Une deuxième proposition, due à M. Astier, député de l'Ardèche, est la *suppression* de l'article 23, qui accorde les dispenses pour cause d'études.

« Il demande le service de 3 ans pour tous, espérant diminuer ainsi l'encombrement des carrières libérales.

« Enfin, MM. Lachaud-Vazeille et Cunière ont déposé, sur le bureau de la Chambre, une troisième proposition de loi tendant à mettre à la disposition des médecins-majors les étudiants en médecine qui auront à faire du service militaire.

« Cette proposition, si raisonnable, qu'on s'étonne d'avoir à la formuler ou à la défendre. onze ans apres la vote de la loi sur le recrutement, semble devoir rencontrer près du corps médical le meilleur accueil.

« A sa séance du 10 avril 1899, la Société générale des Médecins de France a formulé le vœu suivant :

« La Société demande que les étudiants en médecine soient appelés à accomplir leurs obligations militaires dans les *services* hospitaliers auxquels leurs études les destinent et que du reste la *mobilisation* leur réserverait ».

Le Syndicat des Médecins de la Loire-Inférieur ne peut se désintéresser de cette question, et tiendra sans doute à se prononcer à son tour.

CORRESPONDANCE

M. le Président anonce qu'il a reçu du Dr Porson une lettre de démission.

Sur la demande de M. Guiberteau, M. Luneau donne lecture de cette longue lettre, dont M. Porson demande l'insertion au procès-verbal. A l'unanimité, cette insertion est refusée.

M. Luneau exprime les regrets personnels que lui inspire cette démission.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire des séances.
Dr GUILBAUD.

Société locale d'Alger

L'ordre du jour suivant a été voté dans la séance du 31 mars 1900 :

La Société locale d'Alger,

Maintenant son opinion sur la possibilité qu'il y aurait eue de transformer l'Association en une Société indépendante, sans qu'elle perdît aucun de ses avantages financiers ou autres ;

Etant donnés les procédés mis en usage par le Conseil général pour obtenir la transformation de l'Association en une Société de Secours mutuels, procédés qui sont la conséquence d'une situation à laquelle il n'est plus possible de remédier ;

Sur la proposition qui lui est faite de prendre connaissance des statuts modèles envoyés par le Conseil général de Paris et de les discuter ;

Déclare en refuser la lecture ;

Décide qu'elle se sépare de l'Association générale, en faisant toutes réserves légales au sujet de la liquidation et maintient son bureau, auquel elle confie le soin de rechercher les bases d'une reconstitution en Société amicale.

REPORTAGE MEDICAL

Le Congrès international de la presse médicale. — La Commission d'organisation composée de MM. Cézilly, Laborde, Championnière, syndics et présidé par M. le Pr Cornil a pour secrétaire le Dr Blondel, à qui on peut adresser les adhésions. La cotisation est de 25 fr. 1er jour du Congrès, au Pavillon de la presse le 26 juillet ; le Congrès durera trois jours ; les 2 sujets à l'ordre du jour sont.

La création d'une association internationale de la presse et la protection de la propriété littéraire médicale.

Le *Bulletin médical* a accepté de faire, à ses frais, les comptes-rendus des congrès médicaux.

L'Association de la presse médicale se propose d'offrir un banquet et une fête artistique aux adhérents. — Les locaux ne sont pas encore désignés. Ecrire à M. le Dr BLONDEL, 8, rue de Castellane.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MEDICAL »

N° 4498. — M. le docteur DUNAC, de Foix (Ariège), membre du Syndicat des médecins de l'Ariège.

N° 4499. — M. le docteur LELONG, de Paris, présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part, à nos lecteurs, du décès prématuré du Dr Apostoli, membre de notre Société. Médecin militaire, Apostoli s'est fait, sans titre officiel, une réputation bien légitime par ses travaux, sur les applications de l'électricité en gynécologie et notamment pour la cure des fibromes utérins. Aucun médecin étranger ne venait en France sans visiter la clinique de notre regretté collaborateur.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 20 19 MAI 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

La Financière médicale.

Messieurs les actionnaires de la Société sont convoqués en assemblée générale annuelle ordinaire pour le jeudi 7 juin 1900, à deux heures de l'après-midi, au siège social, 23, rue de Dunkerque.

Ordre du jour :

1) Rapport du Conseil d'administration.
2) Rapport du commissaire des comptes.
3) Approbation des comptes.
4) Nomination d'un commissaire des comptes pour 1900.

Aux termes de l'art. 26 des statuts, tout titulaire de deux actions est de droit membre de l'assemblée générale ; toutefois, tous propriétaires d'action unique peuvent se réunir pour se faire représenter par l'un d'eux. Nul ne peut être porteur de pouvoir s'il n'est actionnaire lui-même. Les actionnaires qui ne pourront assister à l'assemblée et désireront se faire représenter, devront envoyer leur *pouvoir sur papier timbré de 0,60 centimes, et en laissant en blanc le nom du fondé de pouvoir s'ils ne tiennent pas à tel mandataire plutôt qu'à tel autre.*

Hommage à MM. Cézilly et Gassot.

Troisième liste de la souscription.

MM. les docteurs Courgey, d'Ivry (Seine) ; Henne, de Paris ; Raimbert, de Châteaudun (Eure-et-Loir) ; Lemaire, de Tréport (Seine-Inférieure) ; Bellencontre, de Paris ; *Syndicat des médecins de l'Oise* : Leroy, de Noyon (Oise) ; Legendre, de Paris ; Courtade, de Outarville (Loiret) ; Houdart, de Brest (Finistère) ; Dupont, de Villiers-Saint-Georges (Seine et-Marne) ; Baudry, de Lille (Nord) ; Armand, d'Albertville (Savoie) ; Gilly, de Nîmes (Gard) ; Verdalle, de la Bourboule (Puy-de-Dôme) ; Clochepin, de Paris ; Guillou, de La Tremblande (Charente-Inférieure) ; Guestre, de Nonancourt (Eure) ; Fraenkel, de Paris ; Lasalle, de Lormont (Gironde) ; Laguens, de Castillon (Gironde) ; Gaillard, de Bouqueron-les-Eaux (Isère) ; Cornet, de Saintes (Charente-Inférieure) ; Grognot, de Loivre (Marne) ; Barbat, de Charlieu (Loire) ; Liaudet, de Saint-Symphorien-sur-Coise (Rhône) ; Pillet, de Niort (Deux-Sèvres) ; H. Cézilly, de Paris ; Lhoste, de Savigny-sur-Orge (Seine-et-Oise) ; *Syndicat médical des Deux-Sèvres* ; Grassin, de Fontenay-Rohan (Deux-Sèvres) ; Ribard, de Meudon (Seine-et-Oise) ; Calmels, de Millau (Aveyron) ; Vacher, de Saint-Denis de Pile (Gironde) ; Maussire, de Vesoul (Haute-Saône) ; Lacroix, de Paris ; Ducloux, de Cette (Hérault) ; Pech, d'Echiré (Deux-Sèvres) ; Lebrun, de Bar-sur-Aube (Aube) ; Lepage, de Paris ; Lemelletier, de Carentan (Manche) ; Beuve, de Dammartin (Seine-et-Marne) ; Kleczkowski, de Grand-Fresnoy (Oise) ; Japin, d'Etain (Meuse) ; Robert, de Marcillat (Allier) ; Duchesne, de Ferrières-en-Gâtinais (Loiret).

Produit des 3 premières listes : **810** *francs.*

Caisse des pensions de retraite du corps médical français.

Comme suite à la situation que nous avons publiée au n° 18, M. le Dr Verdalle nous adresse la note suivante :

Les deux exercices de 1898 et 1899 présentent cette particularité, fâcheuse en apparence, que le portefeuille a subi, par suite de la baisse générale des valeurs de bourse, une moins value considérable, une soixantaine de mille francs environ.

D'où il résulte que la progression de nos bilans subit un temps d'arrêt et que le chiffre de notre fortune semble amoindri.

Il est certain, en effet, que ce chiffre aurait déjà, sans cela, dépassé huit cent mille francs.

Mais une œuvre comme la nôtre a tout intérêt à ce que cette situation se prolonge ; car cette diminution apparente de fortune se traduit par une augmentation notable du revenu.

Nous qui achetons chaque année pour environ cinquante mille francs de titres, qui sommes toujours acheteurs, jamais vendeurs, nous avons tout intérêt à ce que les valeurs ne soient pas poussées par une hausse constante.

Cette année, par exemple, nous pouvons acheter 550 fr. les mêmes obligations Banque hypothécaire que nous payions l'année dernière plus de 670 fr.

Soit pour cent obligations une économie de 12.000 francs environ ; soit donc une augmentation de revenu, puisque avec cette différence de prix nous pouvons acheter une dizaine d'obligations de plus ; soit encore une marge d'autant plus considérable entre le prix d'achat et le taux de remboursement qui est de mille francs.

Donc, bénéfice partout.

J'avais donc raison de dire, au début de cette note, que cette moins value du portefeuille n'est fâcheuse qu'en apparence. En réalité, nous devons au contraire nous en féliciter.

H. Verdalle,
Trésorier.

PROPOS DU JOUR

La vaccination par les instituteurs.

On n'est jamais trahi que par les siens.

La semaine dernière, à l'Académie de médecine, M. le Dr Hervieux, touché, jusqu'au fond de l'âme, du zèle que mettent beaucoup d'instituteurs à propager la vaccination, a proposé de les appeler à la pratique de cette petite opération.

Ce n'était pas assez qu'elle fût déjà monopolisée, ou à peu près, par les sages-femmes, sans qu'on ait jamais su au juste pourquoi : on voudrait maintenant susciter la concurrence nouvelle des instituteurs et institutrices.

Vraiment, nos Maîtres et autres arrivés de la profession, montrent parfois trop jusqu'à quel point, ils tiennent peu compte des intérêts du modeste praticien. M. Pinard a eu beau protester, le père de cette idée géniale n'en a pas moins obstinément maintenu que les avantages de la mesure proposée seraient supérieurs aux inconvénients !!

Eh bien ! nous serions curieux d'entendre M. Hervieux prouver que le service de la vaccination ne peut pas être organisé de la façon la plus parfaite, *quand on le voudra*, grâce aux médecins seuls.

Gageons que ses gros arguments seront encore tirés des préoccupations budgétaires, de la responsabilité électorale encourue par ceux qui décréteront ou feront exécuter la vaccination obligatoire, de l'utilité d'augmenter ainsi (à nos frais) les maigres ressources de l'instituteur, etc., etc.

C'est généralement ainsi que raisonnent nos défenseurs naturels, dans toutes les assemblées. Ils commencent par bien entrer dans la peau de nos adversaires, par adopter leurs points de vue plus ou moins justes, en oubliant leurs propres opinions de la veille, qui restent les nôtres. Après quoi, ils nous écoutent vaguement. Etonnons-nous ensuite, qu'entraînés par cette chaude préparation à la lutte pour nos intérêts, ils cè-

---

FEUILLETON

Mes Concurrents

Le père Meunier, moitié paysan, moitié citadin, était un fin matois. Les hasards de la vie ou la bénédiction du ciel, comme on voudra, lui avaient donné une nombreuse famille qu'il n'élevait pas sans difficultés.

Il aimait assez boire la goutte et surtout tuer le ver. Au demeurant, c'était un bon compagnon, trouvant aisément le mot pour rire, mais aussi combien il était paresseux ! Le dur travail de la terre ne lui convenait en aucune façon. Au bout de quelques heures d'un labour peu acharné, il se plaignait d'un mal de reins atroce, d'ampoules cuisantes et, sans la moindre pudeur, il abandonnait ses outils et son atelier en plein vent, pour courir chez le marchand de vins le plus proche.

Entre cour et jardin il habitait une bien modeste maison, dernier vestige d'un assez joli patrimoine promptement dissipé. Les créanciers hésitaient à en provoquer la vente, non par humanité, mais dans la crainte des frais à payer.

Meunier, dans son jeune temps, avait été domestique chez un bon médecin de campagne. Grâce à son intelligence précoce, il avait rapidement gagné la confiance du maître. Celui-ci, un tant soit peu podagre, lui confia, peu à peu, la fabrication des sirops et même l'exécution des ordonnances. Les arcanes de la vieille pharmacopée n'eurent bientôt plus de secrets pour ce madré garçon. Il se mit à lire les journaux et les vieux ouvrages de médecine, dont s'était servi son patron au temps de sa prime jeunesse. Insensiblement il trouva tout naturel d'écouter les doléances des malheureux ægrotants venus pour consulter le maître. Lorsque celui-ci était en tournée et qu'il tardait trop longtemps à rentrer, Meunier, pour les obliger, leur donnait quelques remèdes anodins. Les bonnes gens le remerciaient de son obligeance et lui payaient force verres de vin quand ils le rencontraient dans les rues du village.

Les esprits simples de la campagne eurent bientôt fait de lui donner leur confiance et de lui faire une réelle réputation. Malheureusement, Meunier perdit son maître. Les héritiers, plus avides des papiers du coffre-fort que de science médicale, lui abandonnèrent la bibliothèque pour le dédommager

dent à la première résistance, ou acceptent des cotes horriblement mal taillées !

Que l'Académie reste donc sur son terrain : vaccination obligatoire et pratiquée par les médecins. Tout l'oblige à n'en pas sortir. Il se trouvera bien assez d'assemblées, en dehors d'elle, pour décréter des vexations à notre égard ; pas n'est besoin qu'elle apprenne aux autres comment on pourrait accroître le domaine déjà si étendu de l'exercice illégal de la médecine.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Du régime alimentaire dans les villes d'eaux.

La question des régimes alimentaires dans les villes d'eaux est depuis plusieurs années à l'ordre du jour. Le Dr Janicot, de Pougues, surtont s'en est occupé d'une façon toute spéciale. Or, il n'est pas hors de propos de faire connaître au corps médical, les progrès qui se réalisent en ce moment à Vichy.

De toutes nos stations françaises, Vichy est incontestablement celle où le régime a le plus d'importance, où il comporte le plus de variété. Cette variété même a été jusqu'ici le principal obstacle à l'installation des régimes alimentaires. Les maîtres d'hôtels s'effrayaient des complications du service, de la difficulté d'établir à la fois 5 ou 6 menus différents.

Toutefois, l'année dernière un syndicat d'hôteliers remplis de bon vouloir, a accepté un régime d'ensemble choisi par la Société médicale de Vichy. Il a été convenu qu'une série d'aliments, qui en général sont nuisibles aux malades justiciables de nos eaux, serait éliminée des tables d'hôte. Bien plus, certains directeurs d'hôtels installent des tables de régime, où la nourriture sera rigoureusement conforme aux ordonnances des médecins.

Enfin, à côté de ces hôtels malheureusement encore rares, il existe de nombreuses villas et maisons meublées où chaque malade commande ses menus et peut par conséquent manger à son gré.

Nous sommes d'ailleurs convaincus que ces mœurs nouvelles s'installeront plus complètement encore ; et tous les progrès réalisés détourneront ce courant déplorable qui entraîne le public vers les stations allemandes et Carlsbad en particulier, alors qu'en France nous avons des ressources hydro-minérales équivalentes et souvent supérieures.

Dr Brulard.

Diagnostic de la Tuberculose pulmonaire des jeunes enfants.

D'après la très intéressante thèse de M. le Dr Lucien Bertherand, de Paris, la connaissance des antécédents héréditaires, la possibilité d'une contagion, les phénomènes généraux (facies, cachexie, adénopathies, hypertrophie de la rate, troubles trophiques de diverses natures, etc.) ; les symptômes pulmonaires sur lesquels on se base en général, pour faire le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez les jeunes enfants, montrent que, chez eux, il n'existe pas aussi souvent que chez l'adulte des signes cliniques certains de cette maladie.

Celle-ci peut être confondue avec les divers états infectieux qui produisent un état de cachexie : syphilis héréditaire, rachitisme, dyspepsie gastro-intestinale et avec les affections pulmonaires de longue durée (pleurésies purulentes, et autres).

Parmi les symptômes, il faut cependant ajouter une certaine importance à la dyspnée, à la fréquence du pouls, à la courbe du poids, à la constatation d'une adénopathie trachéo-bronchique avec foyer de râles localisés à la racine des bronches. Mais aucun de ces signes n'est pathognomonique ; il faut avoir recours à des procédés plus précis pour pouvoir affirmer la tuberculose.

Les injections de tuberculine donnant bien une réaction pathognomonique de l'infection tuberculeuse ; mais leur emploi est délicat et ne

---

de ce que le testament ne portait pas pour lui le moindre legs.

Dès lors, Meunier erra de divers côtés, sans pouvoir s'acclimater nulle part. Il revint dans son pays, s'y maria, eut une nombreuse famille et connut la misère. Les gens, qui l'avaient connu jadis, saluèrent avec joie son retour au pays natal. Ils se rappelèrent que parfois, il les avait soulagés avec des tisanes et des purgations dont il avait seul le secret. Ils le considéraient un peu comme sorcier.

Meunier s'en aperçut et résolut d'en tirer parti.

Après avoir laissé entendre que l'examen de l'urine décelait l'existence de n'importe quelle maladie, il se mit *consulteur* d'urine. Il déclarait même que les nombreuses erreurs des médecins venaient de ce qu'ils négligeaient cette analyse ou la faisaient sans la moindre attention.

Meunier savait qu'en tout métier le savoir faire vaut souvent mieux que la science elle-même. Aussi, commença-t-il par initier sa femme, en lui indiquant de la façon la plus précise le rôle qu'elle aurait à tenir. La brave femme s'y prêta de la meilleur grâce du monde. Elle connaissait trop bien son mari pour ne pas avoir en lui une absolue confiance.

A elle échut la mission de recevoir les malades, de les faire causer et de les faire patienter, en attendant l'arrivée du patron, qui, par une fatalité peu ordinaire, était toujours à rôder dans la campagne, lorsqu'on avait besoin de lui.

Quand l'interrogatoire avait assez duré, que le malade avait tout dit, la bonne femme faisait demi-tour et, passait sur le derrière de la maison pour héler son mari s'aidant d'un porte-voix.

Au bout d'un moment le sorcier arrivait faisant beaucoup de bruit. Il marchait lourdement ; il toussait, se plaignant sans cesse d'un rhume qu'il ne pouvait pas guérir ; il tempêtait et grondait sa femme de l'avoir dérangé.

La vue du client le calmait et amenait, comme par enchantement, la fin de l'orage. Il commençait par examiner avec le plus grand soin, le précieux litre d'urine apporté et sans lequel toute consultation était déclarée impossible. La transparence, l'odeur, d'aucuns même prétendent le goût, l'intéressaient prodigieusement. Pendant la durée de ces recherches, toujours assez longues, notre homme prenait un air des plus sévères, il se faisait une physionomie de sphinx.

Quand il avait fini, il se levait et examinait le malade en lui indiquant chacun des malaises éprouvés. Le patient n'avait rien à dire ; le guérisseur

peut être appliqué que dans certains cas. Faites avec précaution, elles donnent une réaction générale et locale tout à fait caractéristique.

Les réactions qu'on a obtenues chez des sujets non tuberculeux sont exceptionnelles et n'ont pas les mêmes caractères.

Les injections de sérum artificiel produisent souvent une réaction thermique intense chez les petits tuberculeux. Leur emploi n'est pas exempt de danger ; elles s'accompagnent souvent de poussées fluxionnaires périturberculeuses. Ces réactions n'ont rien de caractéristique ; elles se produisent souvent chez des sujets sains ou atteints d'affections autres.

L'intensité de la réaction peut permettre toutefois de supposer la tuberculose sans qu'on puisse l'affirmer.

Elles n'ont point la valeur absolue de l'injection de tuberculine.

La constatation du bacille de Koch dans les crachats est un signe à peu près infaillible de tuberculose pulmonaire. Parmi les procédés qui ont été proposés pour la recherche du bacille (examen des mucosités de l'arrière-gorge, examen des selles), aucun n'est aussi facile à appliquer et aussi sûr que la bacilloscopie des crachats déglutis et extraits de l'estomac par un lavage ou par un vomitif.

Cependant un résultat positif permet seul d'affirmer la tuberculose, un résultat négatif n'a qu'une valeur de présomption, de même que chez l'adulte.

La radioscopie et la radiographie peuvent être employées dans ces cas douteux. Elles peuvent rendre des services en révélant soit un foyer d'hépatisation, soit une adénopathie trachéo-bronchique, ou en permettant de déceler une collection purulente dont la recherche est souvent si délicate chez le petit enfant.

Elles ne nous ont pas donné, chez l'enfant en bas âge, au point de vue de la tuberculose, des renseignements aussi précis que ceux qu'elles ont paru fournir chez l'adulte.

Les rayons X n'ont point encore fait leur preuve pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire infantile.

En résumé, ces divers procédés de diagnostic ne sont point exclusifs. Ils ont chacun leurs indications. Il sera souvent nécessaire de les employer simultanément ; ils se contrôlent l'un l'autre.

Traitement de la Tuberculose du genou chez l'enfant

M. le Dr *Camille Dupont*, de Paris, a consacré sa thèse à l'étude du traitement de la Tuberculose du genou chez l'enfant. Voici les principaux conseils qu'il formule :

1° Le traitement général de la tuberculose sera institué dès les premiers symptômes de l'affection.

2° Commencer par :

a) Maintenir le membre en bonne position.

b) Immobiliser complètement l'articulation.

3° La marche sera permise sans appareil de décharge dans les formes paraarticulaires. Un appareil de décharge sera nécessaire dans les formes osseuses et synoviales.

4° En même temps que le traitement général et le traitement orthopédique, commencera le traitement local de la lésion : la compression et les injections de naphtol camphré donneront d'excellents résultats dans les formes articulaires et synoviales ; dans les formes para-articulaires, nous emploierons de préférence les injections de chlorure de zinc et la tunellisation des os, combinés à la compression.

De grandes précautions seront prises pendant la convalescence : la marche ne sera permise que lentement et progressivement, après la disparition de tous les symptômes ; massage par effleurage et non par tapotement ; continuer le traitement général (bains de mer) et assurer la surveillance de l'enfant longtemps après.

La tuberculose du genou, chez l'enfant, prise au début, *doit guérir*.

De la rétention dans les cystites

M. le Dr *Albert Labroy* a consacré sa thèse à l'étude de la rétention d'urine dans la cystite :

---

savait tout, devinait tout. Il sortait de là ahuri, émerveillé, enthousiasmé. Comment ne pas prendre les tisanes et remèdes prescrits par un homme qui, sans renseignements, rien qu'à la vue de l'urine, *trouvait si bien* la maladie. Les trois francs qu'il payait en sortant, en sus du prix des drogues, il les donnait de bon cœur.

Meunier connut la douce joie que procurent et la vogue et la renommée. On venait le consulter des départements limitrophes. Il put se libérer de ses créanciers et caser ses enfants.

Le moyen, par lequel il parvint à duper plusieurs générations, était d'une simplicité enfantine ; il n'en était pas moins bon, puisqu'il ne fut jamais soupçonné. Quand un client arrivait, Meunier passait dans un petit réduit séparé, par une cloison des plus légères, de la pièce où sa femme recevait et interrogeait le malade.

Lorsque la moisson des renseignements lui paraissait suffisante, Meunier s'évadait sans bruit de sa cachette. La chose lui était des plus aisées, puisque sa maison, située entre cour et jardin, avait une double issue.

Le récit qui précède est d'une absolue vérité, mais il ne serait pas complet si je le terminais là. Meunier eut trois filles. Par une coïncidence bizarre, chacune a épousé un cafetier ; et chacun de ces empoisonneurs publics est installé le plus près possible d'une gare et tous dans le même département. Par ce siècle de lumière et de progrès ces dignes descendantes de l'illustre Meunier continuent la fructueuse profession du père. Le mari en dégustant un apéritif avec un client remplit auprès de lui le rôle de la mère Meunier.

L'une d'elles, sans doute plus habile ou plus audacieuse que les autres, n'a pas hésité à opérer sur une plus grande échelle. Elle s'en va, accompagnée de son mari — naturellement — deux fois par mois à la sous-préfecture voisine. A l'instar des Maîtres ambulants plus ou moins diplômés, elle a un cabinet où elle reçoit à heures fixes.

Chacune de ces femmes n'encaisse pas moins de trois à quatre mille francs par an.

Tous les magistrats et les médecins de la région connaissent cette exploitation de la bêtise humaine depuis de longues années. Il ne s'en trouvera pas un qui osera attacher le grelot.

Dr Gache.

(*Le Misanthrope*.)

nous recommandons de bien retenir ses conclusions, qui sont très pratiques :

1° Si, dans la majorité des cystites, la vessie se vide complètement et se contracte spasmodiquement pour expulser toute l'urine, il n'en existe pas moins des cas assez nombreux dans lesquels la cystite s'accompagne de rétention incomplète.

2° Ces cas sont distincts de la rétention des rétrécis et des prostatiques chez lesquels la rétention est préalable ; dans ceux que nous avons étudiés, l'infection vésicale est primitive et la rétention s'établit secondairement.

3° Deux causes principales concourent à la production de la rétention : l'une est la contraction trop hâtive de l'appareil sphinctérien de la vessie ; l'autre, plus commune et plus puissante, réside dans la paralysie du muscle vésical consécutive à l'infection de la muqueuse : c'est une application de la loi de Stokes.

4° Des examens cystoscopiques permettent de suivre la marche des lésions : à la première période, le bas-fond vésical est aussi atteint et presque aussi souvent que la région cervicale. Plus tard, dès que la rétention s'est installée, c'est dans le bas-fond que les lésions sont prédominantes.

5° Toutes les espèces de cystites peuvent aboutir à la rétention ; celles qui y prédisposent le plus paraissent être les cystites tuberculeuses et les cystites chroniques succédant à l'urèthrite chronique. C'est dans les formes chroniques que la rétention est la plus fréquente.

6° Il en découle dans la pratique, la nécessité de s'assurer, en présence d'une cystite, de la vacuité de la vessie aussitôt après une miction. Au point de vue thérapeutique, la conclusion la plus importante est que l'évacuation artificielle de la vessie doit précéder tout autre traitement ; elle suffit dans certains cas pour enrayer l'infection : en tout cas, toute médication antiseptique ne doit être que consécutive.

L'adonis vernalis contre l'épilepsie

Gianni a entrepris des expériences pour se rendre compte si l'adonis vernalis seul a quelque effet sur les accès épileptiques. A 12 malades, après une suspension de traitement d'un mois, il rend le bromure pendant un mois. Après un nouveau repos d'un mois, il leur donne à chacun, quotidiennement, 2 grammes d'adonis vernalis en infusion dans 120 grammes d'eau. (*Gaz. hebdomadaire.*)

Pendant le mois de l'adonis, les accès ont été chez quelques épileptiques moins fréquents que pendant la période du bromure, plus fréquents chez d'autres : mais dans tous les cas sauf un, les attaques étaient diminuées en intensité et en durée.

L'action de l'adonis est bien réelle. Si le bromure doit conserver dans le traitement le rôle principal, celui d'espacer les crises, il y aura néanmoins avantage à lui associer l'adonis capable de les atténuer. Le traitement de Bechterew pourra donc se montrer d'une plus grande efficacité que le traitement de l'épilepsie par le bromure seul.

Le pneumothorax à soupape

Le pneumothorax *à soupape* n'est pas seulement une variété de pneumothorax par effraction intéressante au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques. Il constitue une forme clinique dont le diagnostic, le pronostic et le traitement méritent d'attirer plus encore qu'ils ne l'ont fait jusqu'à présent l'attention des praticiens.

M. le Dr Béclère vient de faire à la Société médicale des Hôpitaux une communication sur cette affection peu connue.

« Exceptionnellement, dit-il, la soupape est constituée par une fausse membrane pleurale appliquée sur la perforation et la fermant à la façon d'un clapet. Si l'existence de la fausse membrane n'a pas été admise quelque peu théoriquement, l'air venant des bronches pourrait seul la soulever et elle obturerait d'autant mieux l'orifice sous-jacent que la pression de l'air intra-pleural deviendrait plus forte. Presque jamais, pour ne pas dire jamais, il n'existe de soupape véritable, c'est l'étroite coaptation des lèvres de la perforation pulmonaire ou bien c'est l'accolement des parois d'une fistule broncho-pleurale étroite, longue et sinueuse, qui font office de soupape, et qui, par un mécanisme quelque peu différent, aboutissent au même résultat, la possibilité du passage de l'air des bronches dans la plèvre et l'impossibilité de son retour en sens inverse.

L'une ou l'autre des diverses dispositions anatomiques que je viens de rappeler est nécessaire au développement du pneumothorax à soupape ; aucune d'elles cependant ne suffit à la manifestation clinique de cette variété de pneumothorax. Cliniquement, le pneumothorax à soupape existe seulement lorsque l'air contenu dans la cavité pleurale y est accumulé à une tension plus grande que la pression atmosphérique.

Pour que cette accumulation se réalise, il est en outre indispensable que le malade tousse et plus exactement qu'il tousse avec effort. Comme la montré M. Bouveret, c'est seulement pendant l'effort, spécialement pendant des efforts de toux, que la pression intra-bronchique surpasse la pression atmosphérique au point de permettre l'introduction d'une nouvelle quantité d'air dans une cavité pleurale où déjà la pression est supérieure, tout au moins égale à celle de l'atmosphère. Si le malade ne fait pas d'efforts de toux, en dépit de la disposition en soupape de la perforation pulmonaire, l'air des bronches passe dans la cavité pleurale, mais il ne peut s'y accumuler à une tension plus grande que la pression atmosphérique. Sans efforts de toux, on peut dire qu'il n'existe pas cliniquement de pneumothorax à soupape.

Au point de vue des troubles fonctionnels, le pneumothorax à soupape ne diffère pas, tout d'abord, du pneumothorax ouvert, mais, à mesure qu'on s'éloigne du début des accidents, les différences apparaissent et s'accentuent, tout au moins quand la survie est assez longue pour permettre leur manifestation.

Dans le pneumothorax ouvert, si la mort ne survient pas rapidement, d'ordinaire en un ou deux jours au plus, par collapsus cardiaque et suffisance aiguë du poumon, si le malade ne succombe pas, pour ainsi dire, sous le choc, il

parvient le plus souvent à s'accommoder aux nouvelles conditions qui lui sont faites, son état s'améliore et, bien que la dyspnée persiste, sa vie ne paraît plus immédiatement menacée. Dans le pneumothorax à soupape, il est vrai que le malade est plus exposé encore que dans le pneumothorax ouvert à mourir rapidement. Toutefois s'il survit au choc, s'il franchit heureusement les vingt-quatre premières heures qui suivent la perforation, il est habituel de voir les accidents, bien loin de s'amender, suivre une marche ascendante, à mesure que l'air, à la suite des efforts de toux, s'accumule en plus grande quantité dans la plèvre. La dyspnée, la cyanose, l'asphyxie vont en augmentant et, pour être retardée, la terminaison fatale ne se fait pas d'ordinaire très longtemps attendre.

Ainsi, l'exagération progressive des troubles fonctionnels constitue une forte présomption en faveur de l'existence du pneumothorax à soupape. Souvent les signes physiques fournis par l'examen de la poitrine à l'aide des procédés habituels viennent confirmer cette présomption ; je me contente de rappeler les plus importants : l'extension croissante de la zone de sonorité tympanique et le déplacement des viscères, abaissement du foie ou déviation du cœur à droite, suivant que l'épanchement gazeux siège à droite ou à gauche.

Mais, le premier en date et en importance des signes du pneumothorax à soupape, le seul signe de certitude, surtout au début des accidents, c'est l'hypertension de l'épanchement gazeux, c'est la constatation d'une pression intrapleurale supérieure à la pression atmosphérique.

Pour mesurer la pression intra-pleurale, pour reconnaître avec certitude et au plus tôt le pneumothorax à soupape, plus généralement pour distinguer, en présence d'un cas de pneumothorax, s'il est ouvert, s'il est à soupape ou s'il est fermé, j'emploie un moyen très simple, très inoffensif, qui ne constitue pas seulement un instrument de diagnostic différentiel, mais qui réalise, je crois, le meilleur mode de traitement du pneumothorax avec hypertension.

Je me sers d'une aiguille creuse, d'une banale aiguille à injections hypodermiques, reliée par un tuyau souple de caoutchouc à un tube de verre long de 15 centimètres environ et qui présente un diamètre de 8 à 10 millimètres au moins. Ce tube de verre, en position verticale, plonge à moitié dans l'eau que contient un récipient quelconque, une éprouvette à pied par exemple. Tel est le manomètre, facile à improviser, qui me sert au diagnostic différentiel des trois sortes de pneumothorax.

Le manuel opératoire est le suivant. L'appareil est stérilisé, la peau de la région choisie pour la ponction est aseptisée suivant les règles. On plonge alors l'aiguille dans un espace intercostal en lui donnant de préférence une direction oblique, de manière à éviter la superposition des minimes boutonnières faites aux divers plans musculaires et fibreux successivement traversés. Il est préférable aussi d'avoir placé, avant la ponction, une pince à arrêt sur le tuyau de caoutchouc qui relie l'aiguille au tube de verre ; ainsi on peut mieux observer, après l'introduction de l'aiguille, au moment de l'enlèvement de la pince, ce qui se passe dans l'éprouvette.

Si les gaz intra-pleuraux sont soumis à une tension supérieure à la pression atmosphérique, ils s'échappent aussitôt par l'aiguille, le tuyau de caoutchouc et le tube de verre, sous la forme d'une série de bulles qui traversent l'eau de l'éprouvette et viennent crever à sa surface. Ces bulles se succèdent plus ou moins nombreuses, suivant la quantité d'air accumulé en excès dans le thorax, jusqu'au moment où la pression dans la cavité pleurale est redevenue égale à celle de l'atmosphère. L'eau du tube de verre et celle de l'éprouvette où il plonge sont alors au même niveau tout au moins quand le malade suspend sa respiration. Quand il respire, l'eau monte et descend dans le tube ; elle monte pendant l'inspiration et descend pendant l'expiration. Le nombre de centimètres dont elle s'élève et s'abaisse alternativement, par rapport au niveau de l'eau dans l'éprouvette, permet de mesurer exactement les variations positives et négatives de la pression intra-pleurale sous l'influence des mouvements respiratoires. A ce moment, alors que la pression intra-pleurale est redevenue égale à celle de l'atmosphère, si on invite le malade à tousser, c'est-à-dire à faire effort et, par suite, à accroître sa tension intra-thoracique, de nouveau on voit des bulles d'air sortir du tube de verre à travers l'eau de l'éprouvette. Cette expulsion d'air se renouvelle chaque fois que le malade tousse, puis aussitôt, que la toux a pris fin, l'eau remonte dans le tube au même niveau que dans l'éprouvette, mais non plus haut. C'est la preuve que l'air chassé de la cavité pleurale à chaque effort de toux a été remplacé par une nouvelle quantité exactement équivalente. Pour se mettre à l'abri de toute cause d'erreur, il est bon de couvrir d'un peu de vaseline ou de paraffine l'orifice cutané de la ponction au pourtour de l'aiguille ; on peut ainsi être assuré que l'air qui est rentré dans la cavité pleurale et y a ramené la pression à son degré primitif n'a pu venir que des bronches.

Bien entendu, il ne faut pas vouloir essayer de vider complètement la cavité pleurale. La ponction doit être faite avec une aiguille fine et non avec un trocart.

La ponction faite avec un trocart du genre de ceux qui sont habituellement employés dans le traitement des pleurésies aiguës, expose le malade au développement de l'emphysème souscutané généralisé, c'est-à-dire à un accident qui peut rapidement mettre sa vie en péril et nécessiter l'opération de l'empyème. La fine piqûre d'une aiguille obliquement introduite éloigne à peu près complètement le risque de cette redoutable complication : elle est à peine douloureuse, ne laisse pas de traces et peut être renouvelée autant de fois qu'il est nécessaire.

Ce procédé de diagnostic sert, en même temps, de procédé de traitement. On peut répéter souvent ces ponctions, plusieurs fois par jour même, et si le malade ne cessait de tousser, on pourrait même, par exception, laisser à demeure pendant une partie de la journée l'aiguille introduite dans un espace intercostal ; on aurait soin, dans ce cas, de l'envelopper et de la recouvrir d'une couche d'ouate stérilisée, elle demeurerait en communication avec le manomètre placé sur une table à côté du lit et serait l'objet d'une constante et étroite surveillance.

L'emploi combiné des ponctions capillaires et

de la morphine en injections, a permis de conjurer les effets menaçants de l'accumulation de l'air dans la plèvre et de retarder notablement la terminaison fatale qui est survenue seulement du fait des progrès de l'infiltration tuberculeuse des poumons.

M. Béclère rappelle que, dans le pneumothorax à soupape, et, plus généralement, dans tous les cas de pneumothorax, si le malade parvient à franchir la période dangereuse, l'examen radioscopique, répété à des intervalles convenables, sera le meilleur moyen de constater et de mesurer les progrès de la résorption de l'épanchement gazeux, par suite, de diagnostiquer la cicatrisation de la perforation pulmonaire.

Traitement de la coxalgie

Notre distingué collaborateur, le Dr *Levassort*, de Paris, indique dans une communication à la Société de Médecine et de Chirurgie pratique, la méthode de traitement qu'il préconise contre la coxalgie en clientèle.

« Je ne fais jamais, dit-il, l'extension continue. Il faut avoir vu la façon dont cette méthode, bonne en théorie, est appliquée en fait dans les familles et même dans les hôpitaux d'enfants, pour juger combien les résultats sont défectueux et viciés par la pratique.

Tantôt l'enfant couché en X dans son lit, a laissé sa jambe suivre le poids qui y est fixé au point d'accuser une différence de longueur de plus de 10 cent. avec la jambe saine ; tantôt le poids arrêté par les barreaux du lit ne fait plus d'extension, ou bien il repose à terre quand ce n'est pas sur un tabouret mis complaisamment pour ne pas fatiguer le membre malade !

L'extension bien faite demanderait une surveillance constante, une contre-extension soigneusement combinée et une inclinaison du lit en proportion du poids. Si je devais l'employer je la ferais des deux côtés ; la traction sur les deux jambes devant avoir au moins pour résultat de condamner l'enfant à une meilleure immobilisation et devant en même temps éviter les déviations du bassin et de la colonne vertébrale.

La gouttière de Bonnet, même combinée à l'extension continue ne donne pas beaucoup mieux et je reste après expérience faite partisan exclusif et convaincu de l'immobilisation dans un appareil plâtré prenant le tronc jusqu'au-dessus des premières côtes et les deux jambes.

J'applique généralement le premier appareil sous le chloroforme ; c'est d'autant plus nécessaire qu'il faut mettre le membre malade en bonne attitude et lutter contre la douleur et certaines contractures fort difficiles à vaincre. Il est bon de signaler la nécessité de réduire quand la chose est possible sans gros désordres, la luxation précoce sur laquelle le Dr Kirmisson vient si judicieusement d'appeler l'attention.

J'emploie le pelvi-support et je fais écarter les jambes à angle aigu, de manière qu'elles fassent avec le tronc une sorte d'Y renversé ⅄. Je me sers pour consolider les points faibles, aux hanches, non point d'attelles, mais de morceaux de store en bois qui se moulent sur le corps et donnent à l'appareil une remarquable solidité.

J'utilise également la bande plâtrée d'avance dans le genre de celles que fabrique Adnet et qui ont l'avantage de se conserver longtemps sans s'altérer. Le corps et les jambes sont entourés de coton en couche peu épaisse. On peut se dispenser de prendre le pied du côté sain ; on doit au contraire le comprendre dans le plâtre du côté malade, l'appareil étant destiné à immobiliser et à faire également un peu d'extension qui devient de la sorte parfaite et réellement continue.

Pour les garçons, la fonction urinaire est facilitée par l'emploi d'une bouteille à goulot assez large, pour les filles deux petits morceaux de taffetas gommé préservent le plâtre des souillures de l'urine. La défécation se fait sur un bassin plat, en soulevant les mollets par des rouleaux de bois ou des bouteilles.

L'appareil peut être conservé *quatre mois* sans être renouvelé.

L'enfant est soumis à un régime tonique et exposé le plus possible au grand air et au soleil.

J'ai dit que je prenais les deux jambes, et j'y insiste, car avec un appareil unilatéral, l'enfant remue et arrive à se mouvoir s'il cesse d'être surveillé. Or l'expérience m'a appris à me défier des faiblesses maternelles et pour être sûr que ma prescription d'immobilisation sera bien observée, j'estime qu'il n'y a rien de meilleur que d'empêcher toute infraction d'être commise. Je supprime la tentation !

Un point encore à signaler, c'est le prix modique d'un tel appareil dont le coût ne dépasse pas quelques francs.

Cet appareil n'est pas contre-indiqué quand il y a menace et même formation d'abcès. Souvent l'abcès rétrocède sous l'influence du repos ; à la rigueur une fenêtre pratiquée dans le plâtre permet d'en surveiller les progrès.

J'ai dit que je ne faisais pas d'injections modificatrices ; cependant, je sais qu'on a souvent avec elles des succès durables. Il est indispensable, quand on emploie ces injections, d'avoir le malade sous la main, sous les yeux et ce qui donne de bons résultats à l'hôpital devient moins satisfaisant quand les enfants sont amenés à la consultation ou vus chez leurs parents à des intervalles parfois assez éloignés.

Je préfère de beaucoup, pour ma part, une franche incision, un bon curettage et un tamponnement au bicarbonate de soude et à la gaze stérilisée. L'enlèvement du tampon se fait progressivement.

OPHTHALMOLOGIE

L'insomnie due aux troubles de réfraction oculaire.

J'ai été souvent frappé de l'influence que peuvent exercer, sur l'insomnie, les troubles de réfraction oculaire, et je suis persuadé que la mise au point de cette question est de nature à intéresser les médecins, qui ont souvent tant de peine à préciser la cause de l'insomnie et à diriger contre elle une thérapeutique rationnelle.

Voici l'histoire du premier sujet qui a éveillé mon attention et m'a forcé à constater l'action des troubles de réfraction sur le sommeil.

Il y a trois ans, on me conduisit un jeune homme de dix-sept ans qui venait de passer son baccalauréat et se préparait à Saint-Cyr. Il avait toujours joui d'une bonne santé, mais, surmené par ses études et assez nerveux, il était depuis quelques semaines, presque constamment privé de sommeil. C'est à peine s'il dormait deux heures par nuit, ne se reposant qu'au matin et se réveillant avec des maux de tête, qui rendaient pénible et infructueuse la journée suivante. Les parents, fort inquiets, avaient d'abord consulté leur médecin habituel, qui, attribuant le manque de sommeil à des troubles dyspeptiques, avait prescrit, sans résultat, un régime sévère, puis avait ensuite ordonné un repos relatif consistant dans une réduction notable des heures de travail, formulant encore de temps en temps quelques préparations hypnotiques impuissantes à rétablir le cours régulier du sommeil. Ils avaient ensuite conduit leur fils à un spécialiste des maladies nerveuses, qui avait laissé flotter son diagnostic entre la neurasthénie et les prodromes méningitiques. Sachant que parfois l'examen des yeux peut éclairer la diagnose, ils s'étaient enfin décidé à m'amener le malade.

Celui-ci n'offrait aucune réaction douteuse du côté des pupilles et avait un fond d'œil normal, mais il était hypermétrope de 2,50 dioptries. Je prescrivis pour le travail les verres convenables ; et, comme il m'avait été dit que le sujet dormait mieux le dimanche soir et qu'il s'abstenait absolument de tout travail ce jour férié, j'émis l'idée que peut-être l'usage de verres supprimant les troubles accommodatifs et la fatigue qui en résulte, ramènerait un sommeil régulier.

Pour que l'expérience fût concluante, je fis reprendre les études en supprimant tout régime, tout hypnotique et en exigeant que le sujet ne lise pas une ligne sans ses verres. Le résultat ne se fit pas attendre : au bout de quatre à cinq jours, le sommeil reparut, régulier, et le réveil fut exempt de céphalalgie. Depuis, le jeune homme a pu continuer ses études et a été reçu aisément à Saint-Cyr.

Si ce fait, très démonstratif par lui-même, était isolé, il n'aurait qu'une valeur relative, puisqu'on pourrait invoquer l'influence du régime suivi et du repos relatif observé. On ne voit là qu'un phénomène neurasthénique. Mais, depuis l'époque où il s'est produit, j'ai souvent recueilli des observations analogues ; j'en citerai quelques-unes encore comme exemples.

Un enfant de onze ans dut être retiré du collège, parce qu'il avait tout à fait perdu le sommeil et était resté parfois trois ou quatre nuits consécutives sans dormir. Je trouve chez lui un astigmatisme myopique à axe horizontal de — 1.25 D. Je prescris les verres, fais reprendre les études et l'enfant retrouve un excellent repos nocturne.

Une institutrice de vingt-deux ans, myope de 6 D, avec une insuffisance des muscles droits internes de 3°, est atteinte de fréquentes insomnies qui disparaissent avec l'emploi, pour le travail, d'un verre sphérique —2.50 D. accompagné de prismes à base interne.

Un commerçant appelé à siéger au tribunal de commerce et, par suite, obligé à un surcroît de besogne, ne peut s'endormir que très tard et pour quelques heures seulement, le travail du soir lui étant particulièrement pénible ; il se couche et se réveille avec des migraines, et pourtant, presbyte, il porte des verres + 2 D. pour le travail. Je l'examine et trouve chez lui, outre sa presbytie, un astigmatisme hypermétropique fort de 3 D.; après correction, les phénomènes morbides disparaissent.

Je ne veux pas insister sur l'énumération un peu sèche de plusieurs cas analogues, et je vais chercher à préciser les symptômes qui peuvent mettre sur la voie de cette cause d'insomnie et les conditions qui paraissent la déterminer.

Celle-ci survient, en général, chez un enfant ou un jeune sujet à la période des études et du surmenage oculaire. Elle est souvent précédée de fatigues pendant le travail ou la lecture, de migraines ou de céphalées qui, rares d'abord, deviennent de plus en plus fréquentes. Le malade ne dort pas ou ne s'endort qu'au matin pendant deux ou trois heures ; il se réveille avec des maux de tête et l'insomnie dure plusieurs jours de suite ; parfois, elle s'amende, s'il y a suppression de travail du soir, et presque toujours la nuit est excellente, qui suit une journée de repos complet.

Ces caractères ne sont pas tout à fait assez nets pour distinguer l'insomnie due au surmenage intellectuel, de celle qui provient des troubles de réfraction ; l'examen des yeux, la constatation du trouble, les suites heureuses de la correction, permettent de préciser le diagnostic, qu'on devra soupçonner toutes les fois qu'on n'aura pas découvert une cause précise à l'insomnie et qu'auront échoués les moyens qui habituellement sont dirigés contre elle.

Pourquoi tous les sujets atteints de troubles de réfraction non corrigés ne sont-ils pas atteints ?

Suivant certaines prédispositions mal déterminées, ces troubles sont plus ou moins bien supportés. Il existe des individus qui peuvent fournir un travail actif sans employer de verres, malgré la présence chez eux de l'hypermétropie ou de l'astigmatisme ; d'autres, avec une amétropie de même degré, qui sont incapables de lire quelques lignes sans correction ; d'autres peuvent abuser de leurs yeux pendant des années jusqu'au jour où, leur altération n'étant plus compensée par le jeu accommodatif, surviennent les migraines, l'insomnie qui cèdent au port des lunettes.

Le nervosisme, les émotions, le surmenage, les maladies, spécialement les fièvres éruptives chez les enfants, sont les raisons secondes de l'éclosion des troubles, la raison primordiale étant toujours l'état de la réfraction oculaire, dont on ne devra jamais négliger l'étude chez les sujets qui travaillent et ne dorment pas.

A. Trousseau,
Médecin de la clinique des Quinze-Vingts.

HYGIÈNE MILITAIRE

Le Cercle du Soldat (1).

J'ai pour ami un vieux conservateur qui me disait que le général de Gallifet était très intelligent et capable de tout. Je commence à croire que mon ami avait raison. Ce ministre, en effet, a doté d'officiers-comptables les corps de troupes ; on ne verra plus désormais des combattants se préparer à la guerre en alignant des chiffres. Il a supprimé les basanes des cavaliers pour les remplacer par la guêtre de cuir. Ceux qui ont parcouru l'étape, démontés, tirant la jambe, apprécieront tout ce que cette petite réforme a de pratique et d'utile. Enfin, il a interdit l'alcool dans les cantines. Ça, par exemple, c'est le comble !

De mon temps, l'absinthe seule était bannie de la caserne. En théorie, le cantinier n'en vendait pas une goutte ; dans la pratique tous les Pernod de bas étage fraternisaient, en son armoire aux poisons. Parfois un adjudant-major grincheux et dyspeptique confisquait bien une bouteille de cette marchandise prohibée ; les jours suivants la consommation s'en ressentait. Mais comme Lidoire et son ami La Biscotte se rattrapaient, quand ce chef indiscret n'était pas de semaine !

Aujourd'hui la situation est nette, le ministre est homme à faire recpecter ses prescriptions. Les officiers l'aideront d'autant mieux que dans beaucoup de corps d'armée on avait déjà depuis quelques mois chassé l'alcool du quartier. Je sais même un colonel qui punit de 15 jours de prison l'ivresse manifeste. Il a fait installer en bonne place un tableau, que les troupiers appellent tableau de déshonneur, et qui porte tous les noms des pochards punis. Cette inscription a une sanction ; pour obtenir un congé, il faut n'avoir pas figuré sur la fâcheuse liste.

Quelle bonne fortune pour la race, si le régiment allait devenir une école où l'on perdrait les mauvaises habitudes de siroter, contractées dans la vie civile ! Mais pour que ce but soit définitivement atteint, il serait à désirer que M. de Galliffet ne s'arrêtât point dans la bonne voie qu'il paraît vouloir suivre. Il a, dit-on, porté le sac comme les camarades, et, comme les camarades, il doit connaître les longs ennuis des heures de sortie. Où aller lorsqu'on est libre ? Dans les champs ? Ça va bien quand il fait beau, mais, comme dit la chanson, quand il tombe de la pluie, le légendaire parapluie de l'escouade étant inutilisable, pour n'être pas mouillé jusqu'aux os, force est de s'abriter chez le mastroquet prochain.

Pour éviter au troupier ces fréquentations louches, des œuvres pies s'étaient fondées, qui avaient mission de le distraire en le moralisant, ou de le moraliser en le distrayant. Mais ces manières de chapelles n'attiraient guère leur clientèle, qu'elles effrayaient plutôt. L'idée était cependant bonne, alors pourquoi ne pas la reprendre ? Pourquoi, en face du Cercle des Officiers, ne pas installer le Cercle du soldat ? Construit en dehors de la caserne, il offrirait aux hommes un sûr abri contre les mauvaises tentations. Ils viendraient y jouer, causer, boire un peu de bonne bière, boire même du vin léger de France, du café, du thé, etc. Une salle de lecture, avec tout ce qu'il faut pour écrire à la famille ou à la payse, serait également fort appréciée. La bibliothèque de garnison, installée dans les locaux du Cercle, serait sûrement très fréquentée. On perd le goût de lire au régiment parce qu'on n'a pas d'endroit spécial réservé à cette occupation tranquille ; mais le fond de la race aime la lecture, et vite elle en reprendrait l'habitude.

Il y a bien la question de dépense, mais les terrains militaires inemployés ne manquent point ; la main-d'œuvre n'est pas bien chère si on la tire des régiments. Tout se réduirait donc à une question de matériaux et d'entretien des constructions nouvelles. Quand il s'agit de la santé morale de nos enfants, nous n'en sommes pas à un centime près, et l'on accorderait sans barguigner, au Cercle du soldat, les mêmes crédits qu'au Cercle des officiers.

Le gros obstacle, malheureusement, viendra de la redoutable corporation des cafetiers et marchands de vins qui constituent, je vous l'ai dit souvent, une des colonnes du régime. A la première annonce d'un projet pareil, ils se mettraient à hurler leurs doléances aux politiciens, qui, malheureusement, n'ont rien à leur refuser. Quelle tempête dans les petits verres du Café du Commerce ! Espérons que M. de Galliffet ne se laissera pas arrêter par des considérations où l'intérêt de nos soldats n'a rien à voir, -- au contraire. Qu'il aille jusqu'au bout de sa tâche. Il marche sur un terrain où tous les bons Français le suivront. Tous nous sommes convaincus que l'armée ne perdra rien de son panache quand nos troupiers n'auront plus souvent leurs « plumets ». — F. Helme.

(1) Nous nous empressons de reproduire cet article du très sensé et très spirituel chroniqueur de la *Médecine moderne*.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'application de la demi-taxe aux chevaux et voitures du médecin.

Le Conseil de Direction informé dernièrement des divergences de vues qui s'étaient produites dans l'application de la détaxe obtenue par M. le Dr Dron, député de Tourcoing et membre du Concours, avait aussitôt demandé une interprétation au ministère des Finances.

Voici la réponse qui vient de nous être adressée :

Monsieur le Docteur Cézilly, Directeur du *Concours médical.*

Vous m'avez consulté sur la question de savoir dans quelles conditions doit être appliqué aux voitures et chevaux des médecins le bénéfice de la demi-taxe qui leur a été accordé par l'article 4 de la loi du 11 juillet 1898.

La disposition législative dont il s'agit stipulant, en faveur des docteurs en médecine, officiers de santé et vétérinaires, un traitement identique à celui qui est accordé aux autres patentables par l'article 6 de la loi du 23 juillet 1872, il s'ensuit qu'ils ont droit aujourd'hui au bénéfice de la réduction à

la demi-taxe pour toutes les voitures et pour tous les chevaux qu'ils emploient *habituellement* à l'exercice de leur profession.

La seule difficulté qui puisse se présenter consiste donc dans l'appréciation de l'affectation habituelle des éléments imposables, c'est-à-dire dans une question de fait sur laquelle les tribunaux administratifs seuls peuvent être utilement appelés à se prononcer.

Agréez, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Directeur général des Contributions directes,
G. Payelle.

Il résulte de cette lettre :

1° Que nous avons à faire des demandes de dégrèvement aux Préfets, dans le cas où la réduction ne serait pas appliquée aux voitures qui nous servent pour l'exercice de la profession ;

2° Qu'en cas de refus nous avons recours au Conseil de préfecture ;

3° Qu'il faut nous attendre à voir exclues du dégrèvement, les voitures de famille (types break, tapissières, omnibus, etc).

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Tribunal de paix de Bourgneuf (L.-Inf.).

24 Février 1900.

Le 2e paragraphe de l'article 4 de la loi sur les accidents s'applique seulement au cas où le blessé refuse d'accepter le médecin proposé par le chef d'entreprise.

A la réunion du 13 mars 1900 du Syndicat de la Loire-Inferieure, M. le Dr Luneau, président, a exposé l'affaire en ces termes :

Le Dr Faïerman avait envoyé à un industriel une note de 565 fr. 80, pour une amputation du bras d'un de ses ouvriers et deux mois de soins consécutifs.

L'industriel se retrancha derrière la Société d'assurance l'*Abeille*. L'*Abeille* se retrancha derrière la loi d'Assistance médicale publique et refusa le paiement des honoraires demandés. De nombreuses démarches de notre Président en vue d'une conciliation quelconque échouèrent. L'affaire fut portée devant le juge de paix de Bourgneuf, Me Puget, choisi par M. Faïerman, plaidant pour celui-ci, et Me Gireaudeau plaidant pour l'*Abeille*.

Me Puget, à qui toutes pièces nécessaires avaient été fournies par M. Luneau, s'appuya surtout sur cet argument, que le médecin avait été appelé par le chef de l'entreprise.

Après délibéré de 15 jours, le juge rendait, le 24 février 1900, le jugement suivant :

« Attendu que, le 11 août dernier, le Dr Faïerman, appelé a la Caillaudrie, commune de Chéméré, auprès de Laheu, qui venait d'être victime d'un accident occasionné par la machine à vapeur de MM. S... frères, amputa, avec l'assistance du Dr Jubineau, demeurant à Bourgneuf, le bras droit de Laheu et lui donna des soins pendant un mois ; que la note de M. le Dr Faïerman, pour ses honoraires et ses fournitures de médicaments, s'élevant à 565 fr. 80 a été jugée très modérée par le Syndicat des Médecins de la Loire-Inférieure auquel il l'a soumise ;

« Attendu que les sieurs S... frères, refusant de payer cette note, furent cités en justice pour être condamnés à la payer et qu'ils prétendaient que le Dr Faïerman ne pouvait pas agir directement contre eux, et qu'ils ne pouvaient être tenus que conformément au tarif de l'Assistance médicale gratuite ;

« Attendu qu'aux termes de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents, le chef de l'entreprise supporte les frais médicaux et pharmaceutiques et que, conséquemment, on ne peut s'adresser qu'à lui pour le paiement ;

« Attendu que, si ledit article édicte que le chef de l'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs de l'Assistance médicale gratuite existant dans le département, il n'en est ainsi que si la victime elle-même a fait choix de son médecin ;

« Attendu que dans l'espèce Laheu ne fit pas choix d'un médecin, puisqu'il fut transporté presque sans connaissance et perdant beaucoup de sang dans la maison du sieur Recoquillé, fermier à la Caillaudrie, commune de Chéméré, qui envoya de son chef chercher le médecin le plus rapproché, le Dr Faïerman, de Saint-Hilaire-de-Chaléons ;

« Que les frères S..., chefs de l'entreprise, ratifièrent ce choix, le lendemain 12 août, par leur lettre ci-dessus visée, priant le docteur de visiter Laheu à domicile ; que par cette lettre, non écrite par eux, mais signée par eux, ils ont confirmé le choix du médecin, puisque le signataire d'une lettre en assume toute la responsabilité ;

« Que par conséquent les frères S... ne peuvent plus demander que la note du Dr Faïerman soit réduite au tarif de l'Assistance médicale gratuite ;

« Attendu qu'aux termes de l'article 15 de la loi précitée, les contestations entre les victimes des accidents et les chefs de l'entreprise relatives aux frais de maladie, sont jugées en dernier ressort par le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever ;

« Attendu que le juge de paix, devant cette dérogation au droit commun, aurait été très perplexe pour statuer, s'il n'existait au dossier :

1° Une carte de M. Poisson, professeur de clinique chirurgicale à l'École de Médecine de Nantes, attestant que la note du Dr Faïerman est discrète ;

2° Une lettre de M. le Dr Luneau, président du Syndicat des Médecins de la Loire-Inférieure, du 9 de ce mois, enregistrée, affirmant qu'après avoir vérifié avec soin et avec le concours de ses collègues du Syndicat la note du Dr Faïerman, montant à 565 fr. 80, ils ne l'ont trouvée nullement exagérée et même très modérée ;

« Que ces déclarations d'hommes compétents et honorables, que les défendeurs n'ont pas du reste contredits, doivent être accueillies sans réserve par le juge de paix qui les adopte ;

« En ce qui concerne Laheu ;

« Attendu qu'il n'a pas demandé le Dr Faïerman, qu'il ne connaissait pas, et que d'ailleurs le choix du médecin le plus rapproché s'imposait ;

« Qu'un émissaire courut le chercher de la part de Recoquillé :

« *Que l'esprit de la loi, interprétée par la circulaire ministérielle du 18 juin 1899, démontre que l'ouvrier blessé ne peut contracter avec le médecin d'obligation personnelle que s'il refuse d'accepter celui proposé par le chef de l'entreprise ;*

« Par ces motifs,

« Nous, juge de paix, statuant en dernier ressort :

« Vu les articles 4 et 15 de la loi du 9 avril 1898 ;

« Disons l'action bien intentée ;

« Disons que le tarif de l'Assistance médicale gratuite n'est pas applicable ;

« Déboutons les frères S... de leurs conclusions et les condamnons à payer au Dr Faïerman pour les causes susdites la somme de 565 fr. 80, avec intérêt de droit du jour de la citation ;

« Condamnons les frères S... aux dépens liquidés à 11 fr. 05, en ce non compris le coût, retrait et notification du présent, s'il y a lieu ;

« Mettons Laheu, muni de l'assistance judiciaire, hors cause sans dépens. »

TRIBUNAL DE SIMPLE POLICE

Les accidents du travail

L'obligation de les déclarer tous.

La Compagnie des petites voitures était poursuivie devant le tribunal de simple police dans la personne de son directeur, pour avoir contrevenu à la loi de 1899 sur les accidents du travail, en ne déclarant pas, comme le prescrit la loi, qu'un de ses cochers avait été blessé accidentellement.

Me Louiville s'est présenté en son nom pour soutenir que la déclaration était inutile, le cocher blessé n'ayant subi qu'une incapacité de travail de quatre jours, laquelle n'entraînait aucune indemnité.

Le tribunal n'a pas admis cette thèse, jugeant que la loi était générale, absolue, ne comportait aucune exception et que tout accident devait être déclaré, quelles qu'en puissent être les conséquences.

Il a condamné à l'amende la Compagnie des petites voitures.

Avis aux patrons !

BULLETIN DES SYNDICATS

et Sociétés locales.

Nous lisons dans la *Normandie médicale* :

Association des Médecins de la Seine-Inférieure.

— Epilogue probable. —

En réponse à une lettre à nous bienveillamment demandée par M. le Préfet de la Seine-Inférieure, et par lui transmise au Ministère de l'Intérieur, nous avons reçu la confirmation *officielle* de l'intention du Ministère d'approuver nos *anciens statuts, sans modifications.*

Il est bien probable dès lors que l'Association reviendra sur son vote du 15 mars et restera exactement ce qu'elle était avant la nouvelle loi.

Le Bureau de l'Association générale aura tout bouleversé, compromis l'avenir financier de la plupart des Sociétés locales — sans raison. Nous lui demandions, dans la dernière Assemblée générale, de s'assurer avant tout si le Ministère refuserait une nouvelle approbation à nos anciens statuts. On sait ce que me répondit M. Lannelongue. Etait-ce bien la peine d'offrir son tablier ?

Le commentaire de la loi de 1898, publié, croyons-nous, par M. Barberet, dont on nous a tant parlé, déclare que la loi ne saurait avoir d'effet rétroactif pour les Sociétés précédemment approuvées. Ce commentaire devait être connu du Bureau de l'Association, ou tout au moins de ses Conseils judiciaires. Pourquoi n'en a-t-on tenu aucun compte ?

Le dernier numéro du *Concours médical* nous apprend que, comme la Seine-Inférieure, comme le Haut-Rhin, la Société locale d'Alger refusant d'entendre la lecture du nouveau projet de statuts, a décidé de se séparer de l'Association générale et de rechercher les bases de sa reconstitution en Société amicale.

L'Association de la Gironde a voté les nouveaux statuts, en exprimant tous ses regrets de la solution adoptée et en faisant des réserves pour l'avenir.

Il est assez vraisemblable que la solution qu'on nous offre paraîtra convenable à nos confrères. Et dans ce cas nous pourrons tous, je crois, réclamer notre maintien dans l'Association générale, où nous aurons encore un rôle utile à remplir.

A. C.

Nous faisons observer combien est inconcevable la hâte de l'Association générale et la confusion des renseignements fournis aux Sociétés locales.

La *Société de l'Oise* avait décidé, contrainte et forcée, d'adopter les nouveaux statuts proposés.

Mais, comme ces statuts ne sont pas encore acceptés par la Préfecture, nons nous abstiendrons d'aller plus loin, dans l'espoir, nous aussi, de rester ce que nous étions.

A. CÉZILLY.

Syndicat professionnel des Médecins bordelais.

Bordeaux, le 14 mai 1900.

Monsieur et honoré Confrère,

Vous avez donné connaissance dans le *Concours médical* de notre séance tenue par l'Association de la Gironde le 25 mars dernier. Ce compte-rendu, que vous avez pris sur un de nos journaux locaux, était légèrement inexact, mais je n'insiste pas.

Ce qu'il serait bon de faire savoir, c'est qu'après cette séance les médecins du Syndicat professionnel de Bordeaux ont envoyé à M. le Ministre de l'Intérieur la protestation ci-jointe.

Recevez, Monsieur et honoré Confrère, mes salutations distinguées.

Dr ROLLAND.

Protestation.

BUREAU DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE.

à Monsieur le Ministre de l'Intérieur.

Monsieur le Ministre,

Les soussignés Docteurs en médecine, membres du Bureau du Syndicat professionnel des médecins bordelais ont l'honneur d'appeler votre haute et bienveillante sollicitude sur le cas suivant :

L'Association des médecins de la Gironde a voté à une faible majorité, dans une séance tenue le 25 mars dernier, des statuts nouveaux qui nous paraissent en désaccord avec l'esprit des institutions de prévoyance ;

En effet, les statuts n'établissent pas quelle est l'indemnité fixe que les sociétaires doivent recevoir en cas de maladie en échange d'une somme fixe — de douze francs — qu'ils versent tous les ans ;

Ceci laisse les associés à la discrétion des membres de leur conseil d'administration ;

La fixité de notre versement entraîne un droit précis à la fixité de notre indemnité.

Il n'est pas une société d'ouvriers où les choses se passent autrement. La loi du 1er Avril 1898 est une loi libérale et nous croyons, Monsieur le Ministre, qu'il est contraire à son esprit, que les Statuts de notre Association des médecins de la Gironde arrivent en fin de compte à subordonner des hommes les uns aux autres, en mettant les malheureux à la merci des sentiments particuliers des heureux de leur profession.

C'est pour ces considérations, Monsieur le Ministre, que nous faisons appel à votre bienveillance et à votre justice.

Nous avons l'honneur d'être, Monsieur le Ministre, vos très respectueux serviteurs.

MM. DUMUR, *Président.*
Dr FROMAGET, *Vice-président.*
Dr BORDE, *Administrateur.*
Dr ROLLAND, *Secrétaire-général.*
Dr CAPHEPON, *Secrétaire.*
Dr DE COQUET, *Administrateur.*
Dr TRIAU, *Trésorier.*

REPORTAGE MEDICAL

Thèse soutenue devant la faculté de Paris. — M. Pierre Marais, ancien aide d'anatomie à l'Ecole de Médecine de Caen, vient de soutenir, d'une façon très brillante, sa thèse inaugurale sur le *Délire salicylique dans le rhumatisme articulaire aigu.*

Nous lui adressons toutes nos félicitations.

Le secret professionnel des Sages-femmes. —La Cour de cassation, Chambre criminelle, est saisie d'une

question qui présente un intérêt considérable. Il y a quelque temps, le tribunal de Lure avait à juger une fille Girard, poursuivie pour suppression d'enfant. Parmi les témoins entendus figurait une *sage-femme*. C'est dans les déclarations de cette sage-femme, qui déposa librement, sans opposition du ministère public, ni de la défense, que la prévention trouva les éléments à l'aide desquels la condamnation fut obtenue. La fille Girard fit appel, et, devant la Cour de Besançon, son avocat déposa des conclusions par lesquelles il demanda qu'il ne fût fait état ni des déclarations écrites, ni des déclarations orales de la sage-femme, comme ayant été faites en violation du secret professionnel. La Cour admit ces conclusions et, attendu qu'en dehors des déclarations écartées, la prévention n'était pas suffisamment établie par autre chose, elle acquitta. Le procureur général près la Cour de Besançon s'est pourvu contre cet arrêt, pour que la Cour de cassation soit mise en situation de se prononcer sur la question de savoir si elle entend maintenir la jurisprudence antérieure, qui laissait à la seule conscience du témoin le soin de décider si le secret professionnel lui faisait — ou non — un devoir de garder le silence.

La guérison du lupus. — Au Congrès international de médecine qui se tiendra au mois d'août, M. Edouard Lang, professeur à la Faculté de Vienne, exposera les résultats qu'il a obtenus par sa méthode opérative pour la guérison du lupus, qui consiste à substituer de la peau saine aux parties de la peau affectées par la maladie. Il présentera au Congrès un certain nombre de sujets guéris par ce procédé.

M. de Kœrber, président du conseil, et M. Bœhm, ministre des finances, assistaient à la démonstration que le professeur Lang a faite de sa méthode. (*Petit Bleu.*)

La Campagne antialcoolique — M. le Dr Laborde publie les conclusions du rapport adopté par la Commission extraparlementaire, constituée en 1897, au Ministère des Finances.

1. — L'alcool, lorsqu'il est consommé à l'état de vin, de bière, de cidre, de poiré est une substance dont l'usage modéré peut être sans inconvénients, lorsque ces boissons sont *bien préparees*.

2. — Aucun alcool *distillé* n'est hygiénique ; et au delà d'une certaine limite l'alcool le *plus pur* devient dangereux.

3. — Les *impuretés naturelles* qui accompagnent, à la distillation, l'alcool de fermentation, ajoutent leur danger propre au danger de l'alcool qui les contient.

4. — Dans les alcools livrés à la consommation, même les plus mal rectifiés, l'action nocive des impuretés est loin d'égaler l'action nocive, surtout par sa quantité, de l'alcool qui les contient.

5. — Le danger est beaucoup plus grand encore avec les *essences, bouquets* et autres *ingrédients artificiels* qu'on ajoute à l'alcool pour en faire les vermouths, apéritifs, absinthes du commerce, etc. L'action nocive de ces substances, même lorsqu'elles sont les plus pures et les mieux choisies, peut augmenter dans une large mesure l'action nocive de l'alcool qui les contient.

6. — On ne connaît aucune substance qui soit agréable au goût, capable de donner à l'alcool pur une des saveurs réclamées par le consommateur, et qui ne soit pas en même temps une substance dangereuse pour qui la consomme habituellement.

7. — En ce qui concerne les *alcools de distillation*, il est souhaitable de les voir ramenés à un taux de pureté qui les rende le plus inoffensifs possible.

Mais on ne peut espérer, d'un autre côté, trouver la solution du problème de l'alcoolisme, dans l'amélioration de ces produits.

Relativement aux *liqueurs alcooliques*, fabriquées avec des *bouquets* ou des *essences*, elles présentent un tel danger pour la santé publique, qu'il faut chercher, autant que possible, à en restreindre l'usage.

On doit essayer aussi de rendre plus inoffensifs les ingrédients qui servent à les fabriquer ; mais on n'en connaît pas qui soient en même temps sans action nocive sur les organes.

8. — Toute réforme qui veut être *hygiénique* doit s'attacher, d'abord et surtout, à diminuer la *quantité* d'alcool consommé ; en second lieu, à améliorer la *qualité*.

Nous n'hésitons pas à approuver ces conclusions. Mais nous sommes plus heureux encore de voir le gouvernement prendre dans la lutte l'initiative qui lui incombe.

Elle vient de se manifester par la circulaire du Ministre de la guerre qui supprime la vente, dans les cantines, de toute boisson autre que le vin, la bière, le cidre, le poiré, le café, le thé, le lait, le chocolat.

Maladies nerveuses et mentales. — Hypnotisme. — M. le docteur Bérillon, médecin inspecteur des asiles publics d'aliénés, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, a commencé le lundi 7 mai, à cinq heures du soir, à l'École pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours libre sur les *Applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme*.

Il le continuera les lundis et vendredis suivants, à cinq heures.

Journalistique. — Nous souhaitons la bienvenue à *l'Œuvre anti-tuberculeuse*, Bulletin trimestriel des Sanatoriums populaires et des Sociétés de lutte contre la tuberculose. Dirigé par MM. les Drs Sersiron et Dumarest, ce journal compte parmi ses collaborateurs bon nombre de nos phthisiologues connus. La cause qu'il défend est aussi passionnante que la guerre à l'alcoolisme, et tout médecin doit s'intéresser à sa campagne. Abonnement : 5 fr. Chez Georges Carré et Naud, 3, rue Racine, Paris.

XIIe Congrès International de Médecine. — Pendant la durée du Congrès International de Médecine (du 2 au 9 août), les membres du Congrès auront droit à *l'entrée gratuite* à l'Exposition.

Une carte spéciale leur sera délivrée à cet effet dans les Bureaux du Congrès au moment de l'ouverture de la session.

Médecins sanitaires maritimes. — Les docteurs en médecine sont informés qu'un examen pour le titre de médecin sanitaire maritime aura lieu à Marseille du 23 au 25 mai prochain. En conséquence, les candidats qui voudraient passer l'examen prévu par l'article 16 du décret du 4 janvier 1896, sont priés de vouloir bien se présenter à la direction de la santé (consigne Saint-Jean), à l'effet de se faire inscrire et prendre connaissance du programme adopté par M. le ministre de l'Intérieur. Les candidats sont prévenus que des exercices pratiques de bactériologie auront lieu à partir de ce jour, tous les lundis, mercredis et vendredis, de cinq à six heures du soir, sous la direction d'un médecin de la Santé, à la consigne Saint-Jean.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4500. — M. le Docteur SEMEN, de Vichy (Allier), présenté par M. le Docteur Hervé, de la Motte-Beuvron.

N° 4501. — M. le Docteur MOSSÉ, de Toulouse (Haute-Garonne), présenté par M. le Directeur.

Le Directeur-Gérant : **A. CÉZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 21 26 MAI 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Hommage à MM. Cézilly et Gassot.

QUATRIÈME LISTE DE LA SOUSCRIPTION.

MM. les docteurs Michel, de Noisiel-sur-Marne (Seine-et-Marne) ; Garavel, de Montreuil-sous-Bois (Seine) ; Bertin, de Gray (Haute-Saône) ; Lambry, de Courtenay (Loiret) ; Léon Archambault, de Paris ; Martinet, de Villenauxe (Aube) ; Ménard, de Saint-Vaast-la-Hougue (Manche) ; Moser, de Rozoy-en-Brie (Seine-et-Marne) ; Jacob, de Bizerte (Tunisie) ; Paquet, de Paris ; F..., de Compiègne ; Meunier, de Paris ; Julliard, de Chatillon-de-Michaille (Ain) ; Duhourcau, de Cauterets (Hautes-Pyrénées) ; Tartarin, de Bellegarde (Loiret) ; Henry Marais, de Honfleur (Calvados) ; Lemaire, du Nouvion-en-Thiérache (Aisne) ; Eyriès, de Marseille (Bouches-du-Rhône) ; Coliez, de Longwy-Bas (Meurthe-et-Moselle) ; David, de Claye-Souilly (Seine-et-Marne) ; Darin, de Chaville (Seine-et-Oise) ; Goy, de Marseille (Bouches-du-Rhône), Lagardère, de Castelnau-d'Auzan (Gers) ; Emanuelli, de Taulignan (Drôme) ; Quantin, de Gournay-en-Bray (Seine-Inférieure) ; Cancalon, de Paris ; Lorin, de Paris ; Chopard, de Plouharnel (Morbihan) ; Delthil, de Briare (Loiret) ; Chevallier, de Compiègne (Oise) ; Leroy, de Noyon (Oise) ; Tauflieb, de Giromagny (Haut-Rhin) ; Trielle, de Lavaveix-les-Mines (Creuse).

Produit des 4 premières listes : **1.015** francs.

N. B. — *En même temps qu'ils adressent leur offrande, plusieurs confrères nous suggèrent d'intéressants projets, facilitant ainsi notre tâche d'organisation. Mais, si les souscripteurs veulent nous aider à faire bien, il importe avant tout qu'ils hâtent leurs envois, car la réalisation de certaines propositions, subordonnée d'abord au total des sommes reçues, demandera encore un certain délai.*

PROPOS DU JOUR

Nos vœux au Conseil de la Mutualité.

L'an dernier, à cette époque, il y eut quelque agitation chez les médecins membres des Syndicats.

Nous avions à nommer un délégué au Conseil supérieur de la Mutualité. M. le Dr Pouliot (de Poitiers) reçut le mandat d'aller défendre, là, nos intérêts, à côté de M. le Pr Lannelongue, président de l'Association générale, choisi comme représentant de l'Académie de médecine.

« Enfin ! se disaient quelques-uns des nôtres, « nos doléances vont être entendues, étudiées « et discutées. Mollement combattues par des « maîtres de la mutualité, qui savent que la di- « gnité et l'intérêt de celle-ci lui défendent de « rester parasite du corps médical, chaleureu- « sement soutenues par nos deux avocats, elles « seront examinées avec le calme et l'équité « qui caractérisent les magistratures suprê- « mes. »

D'autres n'eurent pas cette foi robuste et ne firent la campagne que par esprit de discipline.

Or, le *Bulletin de l'Union des Syndicats* du 5 avril nous apprend que ceux-ci avaient raison.

Quelle fut, dans leurs plaidoyers, l'énergie de nos avocats ? A quelles résistances se sont-ils heurtés ? On n'a nulle réponse à ces questions. Mais peu importe.

Le fait certain, c'est qu'après avoir dormi tout l'hiver sur notre programme, la section compétente du Conseil nous informe aujourd'hui, en un rapport bien formel, bien catégorique, qu'il n'y a pas lieu de perdre son temps à nous écouter. Cela tient peu d'espace, cette réponse ; une simple feuille, la première que nous ait apportée cet aride printemps. Mais c'est clair, net, sans ambages. Voici le morceau :

Rapport présenté par M. Mirouel

AU NOM DE LA SECTION PERMANENTE, SUR LES VOEUX QUI LUI ONT ÉTÉ TRANSMIS PAR LE CONSEIL SUPÉRIEUR DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS.

Messieurs,

Désigné par la section permanente pour rédiger un rapport sur l'ensemble des vœux, qui lui ont été renvoyés par le Conseil supérieur, j'ai l'honneur de vous soumettre les différents motifs qui ont milité en faveur des décisions prises par la section, laquelle a eu d'abord à examiner les cinq vœux suivants, déposés par M. le Dr Pouliot, au nom des Syndicats médicaux, dont il est le représentant au Conseil supérieur.

1er *vœu :*

« Établir d'une façon très formelle, dans les statuts modèles des Sociétés de secours mutuels, qui n'en font pas mention actuellement, l'impossibilité pour les gens notoirement au-dessus du besoin, d'être reçus comme membres participants aux avantages de la Société et notamment au service médical à prix réduit. — Ces postulants seraient d'emblée membres honoraires. »

Considérant que l'article 3 de la loi du 1er avril 1898 ne fait aucune restriction au sujet de l'admission des membres participants ;

Considérant qu'il est matériellement impossible d'établir, d'une façon certaine, la situation de fortune des personnes demandant à entrer dans une Société de secours mutuels ;

Considérant que toute enquête faite en vue de s'assurer du degré de fortune d'un membre postulant, revêtirait un caractère inquisitorial et vexatoire susceptible de nuire au recrutement des sociétaires ;

Par ces motifs :

La section émet l'avis qu'il n'y a pas lieu de prendre le vœu en considération.

2e *vœu :*

« 2° Établir également l'impossibilité, pour les sociétaires participants depuis un temps plus ou moins long et devenus riches, de continuer à rester dans la même catégorie de mutualistes. Ils deviendraient membres honoraires comme les précédents, avec la faculté, pour les deux, de devenir participants s'ils tombaient dans la gêne, pour n'importe quelle cause »

Considérant que le premier paragraphe du présent vœu n'est que la reproduction, sous une autre forme, du vœu précédent, il y a lieu, par conséquent, d'apporter les mêmes motifs de rejet ;

Considérant que quand bien même la situation d'un sociétaire aurait changé depuis son admission, ce sociétaire a acquis des droits qu'il est impossible de lui faire abandonner, en dehors de sa propre volonté ;

Considérant que le paragraphe Ier de l'article 3 de la loi du 1er avril 1898, qui permet aux Sociétés de secours mutuels d'insérer dans leurs statuts que les membres honoraires peuvent devenir participants, à la suite de revers de fortune, prévoit le cas énoncé dans la seconde partie du paragraphe 2 de ce vœu ;

La section émet l'avis qu'il n'y a pas lieu de le prendre en considération.

FEUILLETON

Les femmes médecins.

Chacun comprend qu'il est bon que les jeunes filles connaissent l'hygiène et puissent au besoin se transformer en garde-malades, ou en ambulancières, si des jours néfastes appelaient de nouveau les hommes à la frontière.

Il y a déjà plus d'un siècle que Madame Tallien écrivait à la Convention pour obtenir que les femmes de son temps eussent « l'honorable avantage d'être appelées dans les asiles sacrés du malheur, pour y prodiguer leurs soins et leurs douces consolations ».

Elle aurait voulu qu'avant de prendre un époux, toute jouvencelle pût passer quelque temps « dans les refuges de la pauvreté et de la douleur, pour y secourir les malheureux et s'y exercer à toutes les vertus que la société avait le droit d'attendre d'elle ».

Cette utopie généreuse, développée en périodes ampoulées, selon la phraséologie de l'époque, aurait sa raison d'être, restreinte à des proportions raisonnables et d'après les dispositions et le libre-arbitre des intéressées. — Tous les éducateurs modernes sont partisans de ce qui peut faire de l'épouse « l'associée du mari, la compagne de son effort, la confidente de ses préoccupations comme de ses espoirs ».

Ils veulent qu'elle vive avec lui, en communauté de pensées et de cœur, qu'elle reste maîtresse de maison, ce qui demeure, nous en sommes sûrs, écrit Hugues Leroux, le premier et le plus utile des devoirs.

Mais, croire que la femme se hausse et grandit à nos yeux, en se faufilant dans les professions viriles, en s'assujettissant surtout aux études, si pénibles et si rebutantes pour son sexe, de la médecine, c'est une erreur grossière. — Pour tant envier l'homme, elles oublient que cette bête à chagrin, selon une expression de Rémy de Gourmon, ayant été pétrie de l'argile, sent fatalement la boue et la misère.

Je n'entends rien enlever au mérite de quelques doctoresses fort estimables ; je sais aussi que, pour plusieurs, l'exercice de la profession est devenu un gagne-pain ; mais, malgré ces circonstances essentiellement atténuantes, et au risque d'être accusé de retarder, de ne pas être de mon temps, je persiste à croire que, même celles qui ont réussi (et elles ne sont pas nombreuses) auraient mieux fait de suivre la ligne normale, de rester de bonnes bourgeoises, avec toutes les félicités et aussi toutes les charges que ce mot comporte.

Je me figure volontiers que la plupart de nos collègues en jupons, qui n'ont pas eu les loisirs d'être épouse et mère, n'ont pas perdu pour cela la sensibilité de leur sexe. Il doit leur arriver parfois de rester rêveuses devant la blancheur d'un berceau et de soupirer après l'intimité de certains ménages, où Madame, qui n'a même pas son brevet élémentaire, ne demande qu'à se laisser dorloter, heureuse de rendre, à son compagnon de route, les félicités qu'elle en reçoit.

Avez-vous vu une seule de ces indépendantes, de ces révoltées contre le mâle et les traditions, respirer la paix et la sérénité intérieures ? Je n'ai pas eu, pour mon compte, ce spectacle à contempler. Le vase précieux m'a toujours semblé avoir quelque fêlure, quelque fuite, permettant d'expliquer pour-

3e *vœu* :

« 3e Bien établir aussi, avec insistance, dans les statuts modèles, qu'aucune Société ne sera autorisée ou tolérée, si elle n'a pas de ressources suffisantes pour subvenir à toutes les obligations qu'elle veut s'imposer. »

La section, considérant qu'une société, dont les ressources seraient insuffisantes à assurer le bon fonctionnement de son service médical, ne saurait subsister et disparaîtrait forcément.

Emet l'avis qu'il n'y a pas lieu de retenir ce vœu.

4e *vœu* :

« Déclarer le paiement des honoraires médicaux à la visite, comme le type vers lequel toutes les Sociétés anciennes doivent tendre et auquel doivent se soumettre les Sociétés nouvelles. Le prix de la visite serait à un taux minime, mais supérieur à celui de l'assistance médicale gratuite. »

La section, considérant que la loi du 1er avril 1898 est une loi de liberté et qu'il serait imprudent d'intervenir dans l'administration des Sociétés de secours mutuels, sans violer le principe même de la loi ;

Considérant que le système des honoraires à l'abonnement ou à la visite, est subordonné à la localité où se trouve le siège de la Société, à la volonté des sociétaires et des médecins, de même qu'à la quantité et au groupement de ces sociétaires et aux risques inhérents à leur profession ;

Emet l'avis qu'il n'y a pas lieu de prendre ce vœu en considération.

5e *vœu* :

« Demander une surveillance très active pour que les Sociétés ne puissent pas violer les statuts et dépasser leur but déclaré. »

La section, considérant que l'article 30 de la loi du 1er avril 1898 donne satisfaction aux *desiderata* contenus dans le présent vœu,

Emet l'avis qu'il n'y a pas lieu de l'examiner et par conséquent de le prendre en considération.

Cette réponse hautaine nous cause ici, faut-il le dire, une véritable satisfaction.

Naïvement, niaisement, Messieurs de la Mutualité, vous venez d'avouer que tous les moyens de nous exploiter vous paraissaient bons ; que, dans ce but, vous useriez de toutes les équivoques, ou de toutes les lacunes, d'un texte que vous aviez mission d'interpréter, d'accord avec nous !

Eh bien, soit. Mendiez désormais à toutes les portes, attaquez-vous à toutes les bourses, Etat, départements et communes. Mais faites-nous grâce, à nous, de vos jérémiades philanthropiques : nous savons ce qu'en vaut l'aune, ayant payé pour l'apprendre.

Nous soignerons vos adhérents, quand cela nous plaira, aux conditions qui nous plairont, celles du commun des mortels. C'est notre droit nous allons nous en faire un devoir.

Ainsi que jadis les Compagnies d'assurances-accidents, vous affichez la prétention d'abuser de nous. Prenez garde de nous trouver aussi, sous peu, prêts à la riposte.

Réfléchissez dès aujourd'hui à ceci :

« Les médecins peuvent faire de la mutualité sans vous, mais aucun de vous n'en fera sans eux. »

Et, partant de là, jugez des armes que nous possédons pour lutter contre vos prétentions.

Nos voisins d'Angleterre ont commencé d'en user et ne s'en trouvent pas mal.

La méthode ne perdra rien de sa valeur quand nous lui ferons passer la Manche.

H. J.

---

quoi la verveine qu'il contenait s'est prématurément fanée.

Leur diplôme ne paraît pas avoir fait épanouir leur âme sur leur visage, et, tout vieux barbon que je suis, l'attrait charnel de la plupart de nos concurrentes me semble quantité négligeable. — Si elles restent femmes par leur constitution physique, elles font l'effet d'avoir abdiqué, de ne plus appartenir à la phalange de leurs adorables sœurs, vers lesquelles nos vœux iront toujours de préférence.

Il paraît, d'après ce que rapporte Jules Bois (Une nouvelle douleur), que la reine d'Angleterre professe une aversion de femme heureuse, respectée, riche, contre les Eves nouvelles, qui pullulent à Londres, contre les émancipatrices de toutes sortes et de toute secte, excentriques, désorbitées, mécontentes, qui, n'ayant pas trouvé de repos dans les vieilles coutumes, prêchent la révolte et aspirent à faire évoluer la société sur des bases différentes.

Il y a de quoi être désorienté par ces individualités farouches, impétueuses, « qui s'agitent dans une atmosphère de volonté, avec un bourdonnement de ruche guerrière. Le magnétisme de ces voix de résolution et parfois de rancune, leurs bizarreries voulues, le geste net qui ordonne, persuade, subjugue, font involontairement songer à un vertige d'orgueil et de conquête, à un camp où s'élaborerait le plan d'une bataille, d'une lutte suprême. »

Le mot de déchéance vient spontanément sur les lèvres, avec une sorte de répulsion instinctive. Le charme les a quittées, ces folles, qui veulent tout changer, qui voient une oppression là où leurs aînées trouvaient leur force et leur joie, en étant de tout leur cœur les compagnes de l'homme, en ayant surtout comme religion, la maternité, en s'efforçant, toujours d'après notre auteur, sans dédain du viril hommage, de perpétuer une race saine et forte dans leurs enfants.

Ces petites blondes devraient être le grand obstacle à toute révolte ; c'est la voix de la nature qui parle par leur bouche ; c'est la raison d'être et la sanctification de l'union des sexes ; c'est la vocation générale et j'ajouterai nécessaire.

Je suis pour les... pondeuses, pour les fécondes, contre les stériles, dont les revendications et les chimères réformatrices ne représentent que du vide à côté des joies simples et si profondes de la mère. Elle seule a la certitude et la volonté de vivre dans une atmosphère de devoir.

On a dit que la femme-auteur a besoin d'être meilleure mère qu'aucune autre, pour qu'on ne croie pas que les soins de sa gloire lui font négliger ceux de la maternité, et qu'elle abandonne le berceau de son enfant, pour aller corriger ses épreuves d'imprimerie.

On pourrait en dire autant et à plus forte raison de la doctoresse, puisqu'elle connaît les règles pour bien élever nos héritiers ; mais je ne vois pas trop à quel moment elle pourrait utiliser ses connaissances, si elle est accaparée par la clientèle extérieure.

Je dirai plus, il lui est à peu près défendu d'en avoir, si elle ne veut pas être abandonnée, après avoir laborieusement lutté pour se faire une petite notoriété. Le chômage lui est interdit, comme aux actrices, comme aux demi-mondaines, les plus en vue, qui sont oubliées et perdent leur prestige, dès qu'elles ne sont plus en vedette.

Certes, on ne saurait condamner toutes ces belles à la quenouille du bon vieux temps ; elles n'y sont

LA SEMAINE MÉDICALE

L'ipéca chez les enfants.

M. le Dr *J. Comby* recommande, dans ses études de thérapeutique infantile, les formules suivantes pour l'emploi de l'ipécacuanha chez les enfants.

L'ipéca s'emploie généralement sous forme de poudre, c'est à-dire de racine fraîchement pulvérisée, en suspension dans l'eau sucrée, un sirop quelconque ou le sirop d'ipéca à la dose de dix centigrammes par année d'âge. Chez les enfants du premier âge, le sirop d'ipéca, qui contient un centigramme d'extrait d'ipéca par gramme, peut suffire sans addition de poudre fraiche. On formule ainsi :

Sirop d'ipéca............ 20 ou 30 gr.

par cuillerées à café de cinq en cinq minutes, ou de dix en dix minutes jusqu'à effet.

Après deux ans, on ajoute la poudre d'ipéca :

Sirop d'ipéca............ 30 gr.
Poudre d'ipéca......... 0.30 centigr.

Même mode d'administration.

Pour faciliter les vomissements, on fait prendre, après chaque cuillerée de potion, un peu d'eau chaude ou de tisane (infusion de polygala par exemple). Pour renforcer l'action de l'ipéca, on peut, dans la seconde enfance, l'associer à l'émétique. On donne 10 centigrammes d'ipéca par année d'âge et 1/2 centigramme d'émétique ; soit pour un enfant de cinq ans :

Poudre d'ipéca....... 0 gr. 50
Tartre stibié........ 0 gr. 02 centigr. 1/2

Diviser en trois paquets qu'on prendra à dix minutes d'intervalle, dans une cuillerée d'eau sucrée.

Quand, à l'action vomitive on voudra ajouter l'effet purgatif (émétocathartique), on mêlera l'ipéca au calomel, à la scammonée, etc. :

Poudre d'ipéca........ 0 gr. 50
Calomel à la vapeur 0 gr. 25

Diviser en 3 paquets qu'on donnera à un quart d'heure de distance, dans une cuillerée d'eau sucrée.

Poudre d'ipéca.......... 0 gr. 50
Calomel.................. } ãã 0 gr. 15
Scammonée............ }

Même mode d'emploi.

Quand on veut employer l'ipéca suivant la méthode brésilienne, on le donne à doses plus fortes et sous une forme spéciale :

Ipéca concassé........................ 2 gr.
Eau bouillante......................... 200 —
Passez et ajoutez sirop de polygala 20 —

Une cuillerée à soupe par heure. On peut donner une infusion d'ipéca en lavement. Dans la même maladie on a pu prescrire le calomel et l'ipéca à doses fractionnées :

Ipéca...................... 0 gr. 20
Calomel.................... 0 gr. 05

Divisez en cinq paquets : un par heure.

Ou bien encore :

Ipéca...................... }
Calomel.................... } ãã 0 gr. 05
Opium...................... }

Divisez en 10 paquets : un par heure.

La meilleure association de l'ipéca et de l'o-

---

guère préparées et ont peu de goût pour le pot-au-feu, si ce n'est à la longue, comme les viveurs après avoir abusé de truffes et des rôts les plus raffinés. Elles se sont singulièrement émancipées, depuis l'époque lointaine où les Grecs, qui étaient pourtant fort civilisés, mais dont le génie était resté étroit et cloîtré sur bien des points, tenaient leurs femmes sous clef, ainsi que les provisions. C'est à Euripide, antérieurement à tout christianisme, que revient l'honneur d'avoir ouvert à la femme un champ moral beaucoup plus vaste, au grand scandale des vieux chrysales athéniens. Avec une généreuse audace, le poète dramatique entreprit défrichements et conquêtes : il ne craignit pas, comme nous l'apprend Emile Deschanel, dans ses études sur Aristophane, de montrer des types nombreux et variés de ce que pouvait être la femme devenue l'égale de l'homme, libre du gynécée, ayant comme lui une âme et un esprit, une volonté passionnée et capable de dévouement.

Ce qu'il avait prévu s'est réalisé ; aujourd'hui la révolution est faite, les cités enserrées dans des remparts étroits, se sont données de l'air, en démolissant les murailles qui les emprisonnaient.

Place à nos sœurs, place aux jupons ; je suis d'avis qu'on les accueille partout (mieux vaut de gré que de force), même dans les assemblées politiques ; qu'elles aient accès à toutes les carrières, à la condition expresse que ces dernières soient compatibles avec leurs fonctions physiologiques, à condition que les études préparatoires qui y conduisent ne portent pas atteinte à leur vitalité, ne tuent pas, dans leur germe, les maternités futures qui sommeillent dans leurs flancs.

Pour en revenir à mon point de départ, il serait plus naturel que la femme fût pharmacienne que doctoresse ; or, jusqu'ici, je crois qu'on n'a cité que trois officines tenues par une dame. Et cependant, les études sont moins répugnantes et moins pénibles que celles de médecin. Le soin des petits bocaux, des pièces de pansement, la confection des loochs et des sirops, la vie sédentaire analogue à celle du ménage, l'habitude de vendre, etc., constituent autant d'attributions qui semblent spécialement convenir à ces dames.

La santé de bien des jeunes filles, qui sont mortes en cours d'études médicales, ou qui n'ont pas pu les continuer, aurait été certainement moins compromise, si elles s'étaient uniquement consacrées à la chimie et aux analyses, à l'étude des drogues et aux applications thérapeutiques qui en dérivent.

C'est un objectif que je signale à l'activité des jouvencelles, qui tiennent essentiellement à se créer une situation indépendante et à marcher sur les traces de l'homme, à subir ses charges et ses lourdes corvées.

A elles le pilon, les spécialités bien présentées et la façon engageante de faire accepter les médicaments les plus désagréables, même aux plus difficiles.

Un gracieux sourire venant s'ajouter à l'ordonnance, ferait même supporter plus allègrement la note à payer.

Dr GRELLETY.

pium est réalisée dans la *poudre de Dower*, qui a pour formule, sur 10 parties :

Poudre d'ipéca............ } ââ 1
Poudre d'opium............ }
Sulfate de potasse.......... } ââ 4
Nitrate de potasse.......... }

Quand on donne 10 centigrammes de cette poudre, c'est comme si on donnait un centigramme d'ipéca et un centigramme d'opium brut. La dose quotidienne est de *cinq centigrammes* de poudre de Dower *par année d'âge* (25 centigrammes à cinq ans, 50 centigrammes à dix ans). Exemple, pour un enfant de 5 ans :

Poudre de Dower.......... 25 centigr.

Diviser en cinq paquets ; un toutes les deux heures, dans une cuillerée à café d'eau sucrée.

Diagnostic de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique.

Voici, d'après une récente clinique de M. le Dr Babinski, résumés dans un tableau, les caractères relatifs aux troubles de motilité qui distinguent l'hémiplégie organique, de l'hémiplégie hystérique :

Hémiplégie organique.	*Hémiplégie hystérique.*
1° La paralysie est limitée à un côté du corps.	1° La paralysie n'est pas toujours limitée à un côté du corps. Cette remarque s'applique particulièrement à la paralysie de la face, où les troubles sont généralement bilatéraux.
2° La paralysie n'est pas systématique. Si, par exemple, à la face, les mouvements unilatéraux sont très affaiblis, l'impotence apparaît aussi avec netteté du côté de l'hémiplégie, pendant l'exécution des mouvements bilatéraux synergiques.	2° La paralysie est parfois systématique ; il en est presque toujours ainsi à la face. Par exemple, les mouvements unilatéraux de la face peuvent être complètement abolis, tandis que les muscles du côté de l'hémiplégie fonctionnent normalement, pendant l'exécution des mouvements bilatéraux synergiques.
3° La paralysie atteint les mouvements volontaires conscients, ainsi que les mouvements volontaires inconscients ou subconscients ; de là, résultent les deux phénomènes dont j'ai dénommé l'un le *signe du peaucier*, l'autre la *flexion combinée de la cuisse et du tronc.*	3° Les mouvements volontaires inconscients ou subconscients ne sont pas troublés ; de là résultent l'absence du signe du peaucier, ainsi que l'absence de la flexion combinée de la cuisse et du tronc.
4° La langue est en général légèrement déviée du côté de la paralysie.	4° La langue est parfois légèrement déviée du côté de la paralysie, mais la déviation de la langue peut aussi, être très prononcée, ou encore s'opérer du côté opposé à la paralysie.
5° Il y a, principalement au début, de *l'hypotonicité musculaire*, qui peut se traduire à la face par de l'abaissement de la commissure, de l'abaissement du sourcil, etc., et au membre supérieur par le phénomène que j'ai appelé la *flexion exagérée de l'avant-bras*.	5° Il n'y a pas d'hypotonicité musculaire. Quand il existe de l'asymétrie faciale on peut reconnaître qu'elle est due, non à de l'hypotonicite musculaire, mais à du spasme ; le signe de la flexion exagérée de l'avant-bras fait défaut.
6° Les réflexes tendineux et les réflexes osseux sont souvent troublés dès le début ; ils peuvent être à ce moment abolis, affaiblis ou exagérés. Plus tard, ils sont presque toujours exagérés et il existe dans bien des cas de la trépidation épileptoïde du pied.	6° Les réflexes tendineux et les réflexes osseux ne subissent pas de modification et la trépidation épileptoïde du pied fait défaut.
7° Les réflexes cutanés sont généralement troublés. Le réflexe abdominal et le réflexe crémastérien sont ordinairement, surtout au début, affaiblis ou abolis. Le mouvement réflexe des orteils consécutif à l'excitation de la plante du pied, subit ordinairement une inversion dans sa forme ; les orteils, au lieu de se fléchir, s'étendent sur le métatarse. Ce signe, auquel j'ai donné la dénomination de *phénomène des orteils*, appartient à toutes les périodes de l'hémiplégie.	7° Les réflexes cutanés ne paraissent pas troublés. Le réflexe abdominal et le réflexe crémastérien sont ordinairement normaux. Le mouvement réflexe consécutif à l'excitation de la plante du pied ne subit pas d'inversion dans sa forme. Le phénomène des orteils fait défaut.
8° La forme de la contracture a un aspect particulier et ne peut être reproduite par une contraction volontaire des muscles.	8° La forme de la contracture peut être reproduite par une contraction volontaire des muscles.
9° L'évolution est régulière ; la contracture succède à la flaccidité ; l'amélioration est progressive ; la paralysie n'est pas sujette à des alternatives en bien et en mal.	9° L'évolution est capricieuse ; la paralysie peut rester indéfiniment flasque, comme elle peut aussi être spasmodique dès le début ; les phénomènes spasmodiques s'associent parfois, surtout à la face, aux phénomènes paralytiques. Les troubles sont susceptibles de s'atténuer et de s'aggraver alternativement, à plusieurs reprises, de se modifier rapidement dans leur intensité, ainsi que dans leur forme, de présenter des rémissions transitoires, pouvant ne durer que quelques instants.

La pneumonie chez le vieillard.

Le Dr F. *Bidlot*, père, indique dans le *Scalpel* la méthode qu'il préfère pour le traitement de la pneumonie chez le vieillard.

« J'avais remarqué, dit-il, une chose qui n'est pas, d'ordinaire, enseignée dans les traités de pathologie ou, du moins, qui ne l'est pas avec l'importance qu'elle mérite : c'est que, dès le début de la pneumonie, le malade — et surtout le vieillard — est presque toujours atteint de vomissements ou de nausées. Ce symptôme est si constant, que la sœur infirmière me disait souvent : « Un tel vieillard tousse et vient de

vomir ; je crains que vous ne le trouviez atteint de pneumonie. » Et, presque toujours, l'examen confirmait ses appréhensions. Je songeai que ce vomissement initial pourrait bien être un effort curatif de la nature et je résolus de le favoriser.

« Dans ce but, je m'adressai à l'ipéca, moins violent que l'émétique, pour obtenir, avec les vomissements, l'hypersécrétion de la muqueuse respiratoire et la diminution de la congestion pulmonaire. Je fis donc, tout au début, vomir le malade et j'ordonnai, pendant le reste de la maladie, une potion avec le même médicament à dose expectorante. Dès ce moment, le pronostic devint meilleur, j'étais sur la bonne voie.

« Ayant reconnu, en outre, combien les ventouses sèches et parfois les ventouses scarifiées, étaient utiles dans la pneumonie des jeunes enfants, je fis aussi l'essai de cette médication chez le vieillard et j'ordonnai, au début, avant le vomitif, une large application de ventouses sèches et scarifiées et j'ajoutai en outre, à la potion expectorante, quelques gouttes de teinture de noix vomique que je considère comme un excellent tonique du cœur et du système nerveux.

« Tel est le traitement que j'emploie, depuis de longues années, chez les vieillards, avec un succès relatif très marqué. Je dis relatif, car je ne prétends pas guérir tous les vieillards atteints de pneumonie, mais je déclare que c'est la seule médication dans laquelle j'ai confiance et qui m'a fait obtenir des résultats favorables et parfois même véritablement inattendus. Mon fils, qui depuis plusieurs années m'a succédé comme médecin de l'hospice dont j'ai parlé plus haut, continue à en obtenir de bons effets.

« Il va de soi qu'une médication si incontestablement utile dans les cas les plus graves, c'est-à-dire chez les vieillards et les enfants, est aussi celle qui convient aux adultes. Elle est rationnelle, puisqu'elle seconde les efforts curatifs naturels, ne présente pas de danger et permet, en cas de complication ou d'indication particulière, d'intervenir d'une façon spéciale.

« La voici, résumée en quelques mots :

« Tout d'abord, large application de ventouses sèches et scarification d'une partie d'entre elles, d'après le jugement porté par le médecin sur le tempérament, l'âge et les forces du malade.

« Immédiatement après, provoquer les vomissements par une poudre de 50 centigr. d'ipéca donnée toutes les dix minutes jusqu'à effet, sans toutefois dépasser la dose de 2 gr. 50.

« Pendant le restant de la maladie, potion composée de :

Eau gommeuse..........	200 grammes.
Poudre d'ipéca...........	0 30 centigr.
Teint. de noix vomique..	VIII à XV gouttes.
Sirop d'ipéca............	30 grammes.

« Une cuillerée à soupe par heure.

« En outre, chaque jour, matin et soir, lavage de tout le corps avec de l'alcool. Diète légère, de préférence diète lactée. »

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital de la Charité : M. le Pr. POTAIN.

Séméiologie du bruit de galop.

A l'époque où l'interprétation physiologique des bruits du cœur était encore vague et mal définie. les médecins employaient volontiers et s'ingéniaient même à trouver, pour désigner les signes anormaux de l'auscultation cardiaque, des comparaisons empruntées aux éléments les plus vulgaires de la nature. Ainsi prirent naissance les dénominations de bruits de soufflet, de râpe, de scie, de cuir neuf, de jet de vapeur, de scieur de long...., de bruit de galop.

Vers 1847, ce dernier fut mis en relief par Bouillaud, qui appelait ainsi la succession tout à fait particulière de trois bruits, dont l'ensemble simule le galop d'un cheval. En 1875, sous l'inspiration de Bouillaud, mon maître, j'ai décrit longuement ce phénomène stéthoscopique, qui semblait alors se rattacher presque exclusivement à l'histoire du mal de Bright. Trois ans plus tard, un clinicien allemand, Traube, mentionna le même signe qu'il nomma rythme de galop. Ses élèves, poussant à l'extrême la comparaison, tentèrent d'établir des nuances entre le galop des différentes espèces de la race chevaline. En réalité, l'expression même de Traube ne me paraît pas bonne, car elle signifie simplement rythme à trois temps et peut, par conséquent s'appliquer aux nombreux rythmes à trois temps de la pathologie cardiaque et la plupart d'entre eux n'ont rien à voir avec le vrai bruit de galop.

Pour éviter toute confusion à ce sujet, il convient de définir d'abord ce qu'il y a lieu d'entendre sous cette dénomination, bruit de galop. C'est :

Un triple bruit du cœur constitué par l'addition aux deux bruits normaux, d'un troisième bruit étranger, qui est ni un souffle, ni un frottement, mais un phénomène de tension et se trouve interposé entre les bruits normaux, généralement pendant la durée du grand silence.

Il existe plusieurs variétés de bruits de galop, fort importantes à distinguer, puisqu'elles ont des significations cliniques entièrement différentes. Ce signe peut, en effet, être entendu pendant la diastole ou pendant la systole ; il peut se rapporter aux cavités gauche ou droite du cœur, au encore aux cavités gauche et droite à la fois, pour constituer ainsi trois ou même quatre modalités distinctes, savoir :

Le bruit de galop diastolique gauche,
Le bruit de galop diastolique droit,
Le bruit de galop diastolique total (droit et gauche à la fois).
Enfin, le bruit de galop systolique.

I. BRUIT DE GALOP DIASTOLIQUE GAUCHE.

Le galop diastolique gauche, est la variété de beaucoup la plus importante et la plus commune. Il est dû à l'addition d'un troisième bruit anormal, né dans le ventricule gauche, pendant la diastole.

Ce bruit surajouté se fait entendre, d'une façon générale, immédiatement avant le premier bruit normal, qu'il précède d'un léger espace

de temps, plus court que la durée du petit silence, mais un peu plus long cependant que celle d'un bruit dédoublé.

Voilà une 1[re] distinction, délicate il est vrai, entre le bruit de galop et le dédoublement d'un des bruits normaux du cœur. Dans un instant nous en trouverons une autre plus importante et d'ailleurs plus facile à apprécier.

Le bruit anormal, constituant le phénomène du galop, est sourd et peu distinct en tant que son. Il est beaucoup plus tôt perçu qu'entendu. C'est un choc qui s'accompagne d'un soulèvement de la paroi thoracique, au niveau de la pointe et surtout du bord gauche du cœur. En raison de ses caractères particuliers, il n'est pas transmis par le stéthoscope flexible, cet appareil acoustique ne pouvant conduire que les sons proprement dits et non les chocs.

Ainsi, le bruit de galop, toujours nettement constatable avec le stéthoscope ordinaire rigide, disparaît au contraire, en sa qualité de choc bruyant, quand on a recours pour l'auscultation au tube de caoutchouc du stéthoscope flexible. Ceci constitue une seconde différence avec les bruits dédoublés du cœur, qui se perçoivent également bien avec les deux instruments. Si l'on ajoute le caractère sourd du bruit de galop, on aura les éléments de diagnostic entre ce bruit et les dédoublements des bruits normaux.

Le galop diastolique gauche a son maximum d'intensité vers la pointe et il se propage en décroissant vers le ventricule gauche.

Si l'on applique la main sur la région précordiable, la sensation perçue ne ressemble pas à l'impulsion ordinaire du cœur. C'est une secousse, un choc notablement plus étalé que normalement, parfois considérable, d'autres fois assez faible, sans rapport d'ailleurs avec l'intensité du bruit lui-même.

Ce bruit surajouté est diastolique, c'est-à-dire qu'il se produit pendant la dilatation du ventricule gauche. Il se place, comme le montrent les tracés cardiographiques, à n'importe quel moment de la diastole et s'entend par conséquent pendant le grand silence, au milieu, au commencement ou à la fin de celui-ci.

Grâce aux caractères dont nous venons de parler, le clinicien pourra donc reconnaître le bruit de galop gauche diastolique. Alors, quelles déductions pratiques peut-on tirer de cette constatation ? Que signifie et qu'indique le galop gauche diastolique ?

D'abord il accompagne, dans la grande majorité des cas, un certain degré d'hypertrophie cardiaque. Voici, par exemple, chez une femme atteinte de scarlatine, un cœur qui recouvre une matité de cent centimètres carrés (normalement 90), le galop est très net ; puis l'hypertrophie diminue à 87 centimètres carrés, le galop disparaît. Voici un cas de goître exophtalmique avec 141 centimètres carrés pour surface du cœur et un bruit de galop qui cesse à 119 centimètres carrés. De même un brightique avec 164, etc.

Donc, en général, le bruit de galop s'accompagne d'hypertrophie cardiaque, mais la relation inverse n'est plus exacte, et il existe de nombreuses hypertrophies sans galop. Ce dernier établit ainsi entre les hypertrophies du cœur une distinction de première importance, car il a sa valeur intrinsèque, indépendante de l'hypertrophie,

Le galop gauche est un symptôme dans

a) le brightisme, l'artério-sclérose capillaire généralisée. Il devient, dans cette maladie, souvent difficile à diagnostiquer et à dépister, un signe précieux. Sans doute, il n'est pas pathognomonique, mais sa grande fréquence, sa netteté, sa précocité au cours du brightisme lui donnent en l'espèce une haute valeur. Grâce à l'avertissement qu'il procure, le médecin pourra s'orienter et recherchera les autres symptômes de cette maladie.

b) L'insuffisance aortique où il est assez fréquent. On le rencontre beaucoup plus rarement dans les autres lésions d'orifice avec hypertrophie.

c) La maladie de Basedow, quelquefois.

d) Certains cas de scarlatine et cela à une époque rapprochée du début de la maladie. Sa constatation, en la circonstance, est également des plus utiles. Il montre, en effet, que le poison scarlatineux a frappé le système vasculaire, en entraînant une certaine dilatation cardiaque. Au cours d'une scarlatine avec albuminurie, l'apparition du bruit de galop gauche doit faire redouter non plus une simple néphrite catarrhale, sans gravité, en général, mais une affection beaucoup plus grave du système capillaire, c'est-à-dire le brightisme. C'est, ici, encore, un indice précieux qui imposera des précautions d'hygiène et de thérapeutique appropriées, un régime lacté sévère et prolongé, etc...

Telles sont les circonstances dans lesquelles on observe le bruit de galop diastolique gauche.

II. — BRUIT DE GALOP DIASTOLIQUE DROIT.

Le galop diastolique droit est analogue au précédent, par ses caractères généraux, mais son siège est différent. Son maximum d'intensité est à droite, entre la pointe du cœur et le sternum, et il se propage naturellement dans ce sens, ce qui permet de le distinguer du galop gauche.

Le galop diastolique droit signifie cliniquement tout autre chose que le galop diastolique gauche. Il veut dire presque toujours : dyspepsie gastro-intestinale. Vous n'imaginez pas le nombre de personnes qui souffrent du cœur, ayant réellement d'ailleurs de l'hypertrophie cardiaque et dont l'état pathologique reconnaît pour cause une dyspepsie. Un certain nombre de malades n'ont en réalité pas conscience de leurs troubles digestifs et le médecin doit les rechercher avec soin, dès qu'il constate l'existence du bruit de galop à droite.

Chez les chlorotiques, le galop droit n'est pas rare et il relève, en général, de la même cause. Elles sont fréquemment, en effet, des dyspeptiques et sous l'influence du mauvais état des voies digestives, le cœur s'hypertrophie et le galop apparaît. Cela est tellement vrai qu'il suffit d'améliorer le tube gastro-intestinal pour voir cesser le bruit cardiaque. Ainsi, la dyspepsie divise les chlorotiques en deux groupes : les unes qui digèrent mal et ont, de ce fait, un cœur gros avec galop, et les autres, digérant bien, ont un cœur petit avec souffle.

III. — BRUIT DE GALOP DIASTOLIQUE TOTAL.

Il existe des cas où le cœur est pris dans sa totalité et le galop diastolique devient à la fois

droit et gauche. Les choses se passent parfois de cette façon dans la péricardité. Ici encore, le bruit de galop *vrai* acquiert une importance de premier ordre, lorsqu'on sait le distinguer du *faux* bruit de galop qui est lui-même un des signes de l'inflammation de la séreuse du cœur.

Le frottement péricardique, en effet, ajouté aux deux bruits normaux du cœur, crée un rythme à trois temps, un rythme de galop qui n'est pas et ne doit pas être confondu avec le véritable bruit de galop dont la signification est toute autre. Le frottement péricardique veut simplement dire inégalité, inflammation de la séreuse. Quelqu'intense que puisse être cette inflammation, même accompagnée de symphyse cardiaque, elle n'est pas grave, si elle reste à l'état de lésion péricardique pure. Mais si, au cours d'une péricardite, fût-elle légère en elle-même, le muscle cardiaque se prend, s'altère et se dilate, alors apparaît le véritable bruit de galop, symptôme beaucoup plus inquiétant. En pareille circonstance, les quatre cavités sont atteintes, le galop n'est plus ni droit ni gauche, il est droit et gauche à la fois, et devient total.

IV. — BRUIT DE GALOP SYSTOLIQUE

A côté du galop diastolique, dont nous connaissons maintenant les trois modalités, il existe également un galop systolique, distinct des précédents, en ce sens que le bruit anormal qui s'ajoute aux deux bruits normaux du cœur, se produit pendant le systole, par conséquent se place pendant le petit silence.

Il s'entend plutôt vers la partie moyenne et supérieure du cœur et devient de plus en plus net lorsqu'on ausculte l'aorte, où réside son intensité maximum.

En clinique, le galop systolique se montre dans deux catégories de maladies :

a) Dans la sclérose artérielle et l'athérome des gros vaisseaux ;

b) Chez les typhiques et dans certaines grippes à forme typhique.

Telles sont les variétés cliniques du bruit de galop.

Quel est le mécanisme de sa production et quelles lésions anatomiques dénonce-t-il ?

Le ventricule est constitué par un tissu élastique et musculaire jouant normalement le rôle suivant : pendant la diastole, il modère la poussée du sang qui vient le remplir, agissant comme antagoniste de l'oreillette. Et lorsque ce tissu a perdu une partie de son élasticité ou de sa tonicité musculaire, il ne produit plus cette résistance douce, il se laisse distendre et dilater violemment, d'où un ébranlement qui provoque lui-même le bruit sourd et vague du galop.

Le galop signifie donc que la résistance tonique ou fibreuse du muscle cardiaque faiblit. Telle paraît être l'interprétation anatomique et physiologique du galop diastolique.

Pour le bruit de galop systolique, il en est de même : les lésions toutefois se produisent dans l'artère et non dans le ventricule. Normalement, l'artère résiste à la pénétration du sang par son élasticité et sa tonicité ; elle se laisse ainsi dilater lentement sans arriver au maximum de résistance de ses tuniques. Lorsque pour un motif quelconque (athérome, fièvre typhoïde), l'élasticité ou la tonicité (quelquefois les deux) diminuent, la poussée sanguine se fait brusquement et provoque un ébranlement tout à fait particulier de l'organe.

CONCLUSIONS

Le bruit de galop gauche, lorsqu'il est très prononcé, indique vraisemblablement un mal de Bright. Le diagnostic sera confirmé par les symptômes ordinaires du brightisme, en particulier l'élévation de la tension artérielle.

Le bruit de galop gauche modéré, est lié généralement à des maladies fébriles : scarlatine, grippe, typhoïde. Il signifie atonie ventriculaire, en indiquant que le cœur faiblit et qu'il faut y prendre garde.

Le bruit de galop droit a pour origine principale la dyspepsie. Il est nécessaire d'y penser même si le malade ne se plaint pas de l'estomac. Il indique une dilatation cardiaque droite qui s'aggraverait abandonnée à elle-même, mais néanmoins susceptible de guérir, si l'on s'occupe des voies digestives. Chez les individus atteints de néphrite catarrhale, le bruit de galop droit provient souvent aussi des troubles dyspeptiques de l'affection rénale.

Le bruit de galop diffus de la péricardite, droit et gauche à la fois, relève de l'affaiblissement du cœur. Lorsque vous entendez un beau frottement râpeux, ne vous inquiétez pas. Si le galop apparaît et surtout s'il s'accentue, prenez garde. Le muscle cardiaque est envahi et le cas devient grave.

Quant au galop artériel systolique, il indique que le système artériel participe à l'intoxication générale. Dans la fièvre typhoïde, la scarlatine, c'est un élément de pronostic.

(*Leçon recueillie par le Dr P.* LACROIX.)

PHTHISIOLOGIE

Le facteur moral dans les sanatoriums et les qualités nécessaires aux médecins qui les dirigent,

Par le Dr PAUL LE GENDRE
Médecin de l'hôpital Tenon.

Ce serait une banalité de dire que le « facteur moral » a une importance considérable en thérapeutique, si on ne voyait à chaque instant cette vérité, incontestée en théorie, trop oubliée dans la pratique.

J'entends par facteur moral l'*appoint que fournit au traitement d'une maladie l'état moral du malade*, état moral soumis à des influences multiples, les unes échappant à la volonté du médecin, les autres dépendant de lui.

Le facteur moral est important dans toute maladie, mais il l'est surtout dans les maladies chroniques, dans celles où le malade, ayant conservé toute sa lucidité, se laisse aller plus facilement au découragement, parce qu'il suit pas à pas les progrès de son mal, et où il a pourtant conservé assez de volonté pour en faire un mauvais usage, s'il n'est pas constamment sous la tutelle du médecin.

La tuberculose pulmonaire chronique est, pour ainsi dire, le type des maladies chroniques où la tutelle médicale est le plus nécessaire aux malades. Aussi, parmi les avantages multiples que présente pour un tuberculeux l'entrée au sana-

torium, je suis tenté de placer en première ligne la *mise en tutelle du malade*, à la condition que le médecin soit pour lui un tuteur pourvu des qualités nécessaires à cette honorable et redoutable fonction.

Afin d'apprécier à quel point une direction morale constante et vigilante est indispensable au tuberculeux pour qu'il guérisse, passons en revue les conditions les plus communes dans lesquelles évolue la tuberculose pulmonaire chronique.

Elle frappe le plus souvent des individus qui sont tombés en état d'opportunité morbide par suite d'une déchéance organique héréditaire ou acquise, et c'est le plus souvent la déchéance du système nerveux qui ouvre la porte à l'infection, car c'est le système nerveux qui est le grand régulateur de la nutrition, la sentinelle continuellement en éveil pour la défense de l'organisme.

La déchéance du système nerveux peut être héritée, comme chez ces adolescents débiles, fils de tuberculeux ou de névropathes, chez lesquels on relève de bonne heure les signes d'une défaillance périodique de la volonté, ou ce défaut d'équilibre moral, qui par le jeu alternatif de réactions nerveuses opposées, les fait sans cesse osciller entre des actes outranciers d'une imprudence notoire et des découragements profonds. Ce sont des êtres qui, même en état de santé apparente, sont à peine capables de se conduire correctement dans la vie. Quand ils auront contracté la maladie tuberculeuse, comment espérer qu'ils puissent entreprendre d'eux-mêmes avec succès cette lutte patiente et prolongée, que nous savons nécessaire pour résister à l'invasion bacillaire et en triompher ?

Une autre importante catégorie de tuberculeux est celle des sujets chez lesquels l'infection se développe à la suite d'une première maladie aiguë ou chronique qui les a mis déjà en état de déchéance nerveuse ; ceux-ci, encore, où puiseront-ils l'énergie continue qui peut seule les aider à guérir ?

Et les innombrables intoxiqués par l'alcool, et les pitoyables morphinistes, quand ils sont devenus tuberculeux, quel effort personnel attendre d'eux, puisqu'ils n'ont pas su déjà résister à la tyrannie du poison volontairement acceptée.

Donc, à part des exceptions, qui se font d'autant plus rares dans la société contemporaine que l'on y voit décroître à la fois la volonté et l'esprit de suite, on peut dire que la plupart des tuberculeux sont incapables de mettre d'eux-mêmes en pratique, avec la continuité indispensable au succès, les recommandations les plus pressantes que leur a faites le médecin, s'ils n'ont pas abdiqué, en quelque sorte, entre les mains de celui-ci, dès le début du traitement.

Je pose en fait que, dans le plus grand nombre des circonstances, l'entourage habituel d'un tuberculeux exerce sur lui une fâcheuse influence, et cela pour les raisons suivantes. Tantôt il lui donne de mauvais exemples ; tantôt il l'accable d'attentions exagérées qui achèvent de débiliter sa volonté et d'énerver sa sensibilité ; tantôt enfin il lui apporte d'incessantes suggestions à multiplier des essais médicamenteux dont l'inutilité, sinon la nocivité, n'est guère actuellement contestable.

C'est pourquoi je mets au premier plan, parmi les avantages moraux du sanatorium, la *soustraction du malade à son entourage*. Pour la tuberculose comme pour l'hystérie l'isolement, ou plutôt le transfert dans un milieu spécial, est un puissant agent thérapeutique. Je dis *transfert dans un milieu spécial* ; car l'isolement pur et simple, qui consisterait à soigner le malade tout seul dans sa maison, la plus confortable et la plus hygiéniquement disposée, sans autre entourage qu'un médecin et des garde-malades, me semblerait encore défectueux ; le patient, séquestré du monde, ne tarderait guère à se considérer comme perdu, malgré les encouragements les plus chaleureux de son tuteur médical, dans lequel il ne verrait qu'un geôlier.

A ce point de vue, je ne puis me rallier aux idées ingénieusement défendues par le professeur Landouzy dans sa description idéale du « home-sanatorium ». Je crois *qu'il est avantageux pour un tuberculeux de vivre en contact avec d'autres tuberculeux*, — à la condition, bien entendu, que ceux-ci ne puissent pas lui communiquer quelque infection secondaire par une complication intercurrente.

Ce serait méconnaître un des côtés les plus saisissants du caractère humain que de nier qu'il est moins pénible moralement pour un malade de vivre avec des malades que dans un milieu de gens bien portants. Un de mes clients qui, après avoir été quelque temps soigné dans sa famille, s'est décidé sur mes instances à entrer dans un sanatorium, m'écrivait ces jours-ci pour me remercier de l'y avoir envoyé. Je cite textuellement : « Le temps passe bien plus vite avec des gens qui se soignent aussi eux-mêmes... Je pourrais peut-être me soigner chez moi, mais je crois préférable d'échapper aux entraînements de la vie de famille. »

Il va sans dire que, si le tuberculeux de la 1re et de la 2e période se trouvait avec des phtisiques agonisants, comme cela se passe actuellement, hélas ! dans nos hôpitaux, le découragement et l'effroi pourraient être la conséquence de cette promiscuité. Mais il est entendu qu'un sanatorium ne doit comprendre que des tuberculeux susceptibles d'amélioration. Dès lors, la comparaison, facile à faire, de l'état des autres malades qui se sont déjà améliorés depuis leur entrée au sanatorium et que le médecin ne manquera pas de mettre en relief, les conversations quotidiennes avec ces heureux bénéficiaires de la cure résolument acceptée, ne peuvent qu'inspirer au nouvel arrivant la confiance, l'espoir et le courage.

Il n'est pas jusqu'à l'*émulation*, autre ressort puissant de tout progrès parmi les hommes vivant en commun, qui ne puisse être habilement mise en jeu par un médecin psychologue.

Enfin il faut songer qu'à la sortie du sanatorium le tuberculeux amélioré, sinon guéri, devra rentrer dans la vie commune, pourvu des moyens de défense qu'il n'avait pas autrefois pour achever sa guérison et éviter les rechutes. Le principal de ces moyens de défense, c'est la connaissance raisonnée de l'hygiène physique et morale convenable à tout tuberculeux. Cette connaissance, il l'aura acquise au sanatorium sous l'influence prolongée des exhortations médicales. Cette hygiène, il la mettra en pratique et il la *propagera* autour de lui en rentrant dans sa famille.

Mais, pour que le sanatorium produise tous

ces bienfaits, il est nécessaire que le médecin qui le dirige ait une réunion de qualités, que certains ont naturellement, que quelques-uns n'auront jamais, mais que beaucoup peuvent acquérir en s'y exerçant. En ce sens ne serait-il pas désirable que dans l'avenir, avant de diriger lui-même un sanatorium, le médecin décidé à entreprendre cette carrière eût fait un stage comme assistant auprès d'un confrère plus ancien qui aurait déjà fait ses preuves? La situation est la même pour le médecin de sanatorium que pour l'aliéniste, qui doit apprendre comme adjoint son métier avant d'endosser les lourdes responsabilités du directeur.

Quelles sont donc les *qualités nécessaires* au médecin de sanatorium ?

J'ose à peine dire qu'il doit avoir fait une étude spéciale de la tuberculose et qu'il doit être rompu aux difficultés de l'auscultation fine. Si je ne craignais de paraître pessimiste, j'émettrais la crainte qu'à ce point de vue le recrutement des futurs médecins de sanatoriums ne tendît à devenir plus difficile ; car nous voyons que la connaissance de la technique stéthoscopique fléchit plutôt dans les jeunes générations. On a dit que cet affaiblissement, peu contestable, de l'habileté à ausculter pouvait être attribué à l'orientation trop exclusive vers les recherches bactériologiques ; je n'en crois rien. J'y vois plutôt la conséquence de l'insuffisance du stage hospitalier et de sa mauvaise réglementation qui, étant donnés l'augmentation du nombre des étudiants et le petit nombre des services dans lesquels la Faculté les répartit, ne permet plus aux étudiants, à moins d'une exceptionnelle bonne volonté de leur part, d'apprendre peu à peu la grammaire professionnelle sous la direction amicale et patiente de chefs de service dignes de ce nom.

Mais passons aux qualités morales que requiert la direction médicale du sanatorium.

Une des plus précieuses me paraît être l'*aptitude à juger du caractère des malades*, car elle seule permet de démêler dans chaque cas particulier quelle attitude il convient de prendre vis-à-vis du nouveau venu. Cette sagacité dans l'appréciation des caractères doit être doublée d'un tact fin et sûr dans la distinction des nuances sociales.

Dès l'arrivée de chaque nouveau malade, le médecin du sanatorium, tout en prenant connaissance de l'état de ses poumons et de son tempérament physique, doit s'efforcer d'entrer en contact intime avec sa personne morale. Profitant du besoin d'expansion qui suit nécessairement la transplantation dans ce nouveau milieu, il saura faire comprendre qu'il est prêt à recevoir avec discrétion toutes les confidences, en les encourageant délicatement.

Il saura, suivant les cas, rassurer ou effrayer dans la mesure convenable et ne se lassera pas plus de soutenir par ses exhortations les défaillances du courage que de réprimer avec énergie les velléités de révolte contre la règle.

La *patience*, une patience inlassable, angélique, est indispensable, mais elle doit avoir pour correctif une fermeté inébranlable.

La *fermeté* doit être exempte de rudesse, de même que la discipline du sanatorium ne doit pas être du caporalisme.

Une qualité nécessaire encore est une *attention minutieuse aux plus petits détails* concernant le bien-être matériel des malades et un souci constant d'aller au-devant de leurs besoins légitimes, sans attendre leurs réclamations ; à l'inverse du prêteur romain, *de minimis curat medicus.*

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'encombrement médical.

Parmi les mesures destinées à remédier à l'encombrement médical, la meilleure me paraît être incontestablement la limitation du nombre des étudiants par un concours placé à l'entrée de la carrière ; et cette mesure me semble s'imposer d'autant plus que fatalement ; à bref délai, les barrières bien faibles qui nous protègent encore un peu seront complètement renversées.

L'institution du baccalauréat est fortement battue en brèche : elle ne sera peut-être pas supprimée tout de suite, mais l'équivalence du baccalauréat moderne au baccalauréat classique va être votée un jour ou l'autre, c'est certain.

Et qui pourrait affirmer qu'on ne réclamera pas, pour le certificat d'études primaires, l'équivalence au baccalauréat moderne ? — Une fois sur la pente qui sait où l'on s'arrêtera ?

Quoi qu'il en soit, il me paraît impossible de compter sur une sévérité plus grande aux examens, pour enrayer jamais la surproduction des docteurs en médecine : les examinateurs déplorent l'extrême faiblesse des étudiants, parfois leur ignorance absolue; ils les reçoivent cependant et ne peuvent guère faire autrement. Ce n'est d'ailleurs pas aux derniers examens que cette sévérité pourrait donner quelque résultat; c'est au début des études, qu'il conviendrait de détourner de la médecine les jeunes gens qui auraient avantage à rechercher une autre carrière.

Dès lors il est plus simple de demander la sélection nécessaire à un concours préalable.

Un confrère proposait récemment de placer ce concours à la fin de la première année d'études médicales : pourquoi ?

Parce que, disait-il, les concurrents pourront être interrogés sur des matières médicales. — Mais que savent-ils à ce moment ? Rien ou à peu près. Ce ne sont pas quelques grosses questions d'anatomie, qui pourront éclairer beaucoup sur la valeur des candidats, et cependant il sera impossible de leur poser d'autres questions.

Mieux vaudrait, ce me semble, avant la première inscription, un concours sur des questions plus générales qui montrerait l'esprit scientifique des uns et les qualités contraires des autres. On éviterait ainsi, aux blackboulés, la perte d'une année, et c'est encore une considération qui doit entrer en ligne de compte.

Oh ! je sais que les objections ne manqueront pas : on objectera la liberté violée, le mandarinat, l'insuffisance des médecins dans certaines régions déshéritées et une foule d'autres raisons, toutes meilleures les unes que les autres.

Je me bornerai à répondre que si les bancs d'un amphithéâtre ne peuvent permettre qu'à mille personne de s'y asseoir, il n'y a aucune

raison pour en faire entrer quinze cents ; que si les travaux de dissection ne peuvent être utilement suivis que par deux cents étudiants, aucune considération ne devrait permettre qu'on en y admît trois cents.

Est-ce qu'à l'Ecole centrale les places ne sont pas limitées ? Et, cependant, la liberté d'être ingénieur doit-elle être moins grande que celle d'être médecin ?

Ce serait une innovation qui ferait crier certains pendant quelques mois, comme toutes les innovations d'ailleurs.... et dans peu de temps, on y serait fait.

L'objection qui me semble la plus sérieuse est celle qui invoque la pénurie des médecins dans les pays de montagne, en Bretagne, etc... ; elle n'est pourtant pas insoluble.

On sait, qu'autrefois, les officiers de santé n'étaient reçus que pour un département déterminé ; ne serait-il pas possible d'utiliser une disposition analogue, non pas pour ressusciter un second ordre de médecin — ce à quoi personne ne songe — mais pour pourvoir de médecins les régions qui en sont dépourvues ?

Je donne l'idée pour ce qu'elle vaut, me bornant à la lancer dans la discussion, mais j'admettrais volontiers qu'en plus du chiffre fixé par le concours, on admît aux études médicales un certain nombre de candidats, qui, une fois leur diplôme obtenu, seraient astreints à un stage plus ou moins long dans les campagnes du Morbihan ou d'ailleurs.

Nul ne serait obligé d'entrer dans la profession par cette filière spéciale, mais certains candidats malheureux seraient peut-être heureux de la trouver.

On aurait ainsi l'avantage de doter les régions en question de médecins auxquels tous les services publics seraient confiés, bien entendu, et la limitation du nombre des candidats ne recevra qu'un croc-en-jambe bien insignifiant.

On aurait une meilleure répartition.

Dr A. GASSOT.

L'hygiène et les élections municipales.

Nous avons vu, pendant la dernière lutte électorale, quelques placards où l'on commençait à se préoccuper de signaler l'hygiène et la protection de la santé comme faisant partie des grands intérêts dont les Conseils ont la garde.

Cela nous paraissait de bon augure. Il nous vint même à l'esprit (douce illusion encore) qu'un jour, malgré les marchands de vin et leur puissance électorale, les candidats en arriveraient peut-être à promettre d'enrayer l'alcoolisme par des mesures à la Galliffet.

Or, pendant que nous rêvions ainsi, des hommes d'initiative faisaient coller sur les murs de Versailles la mise en demeure suivante adressée à leurs candidats :

Estimant que le premier des devoirs d'un Conseil municipal est de consacrer tous ses soins à la plus importante des affaires municipales, à la santé publique, et qu'entre toutes les questions qui touchent à la santé publique, la plus urgente est la *Lutte contre la tuberculose*, nous avons demandé que l'engagement de créer un sanatorium populaire, pour tuberculeux, suffisant pour les besoins locaux, fût inscrit dans votre programme de réélection, en bonne et due forme.

Nous sommes reconnaissants à M. le Dr Rist d'avoir été notre interprète auprès de vous, et à MM. Lefevre et Lenoir d'avoir appuyé ses efforts. Mais nous trouvons tout à fait insuffisante la promesse vague et aléatoire de rechercher les moyens de créer un sanatorium régional pour indigents, qui figure à la fin de votre programme.

Notre ville est assez riche pour assurer la construction d'un sanatorium communal ou intercommunal, à l'extrémité de la forêt de Marly ou dans quelque autre endroit isolé, près des bois, où les tuberculeux qui vivent de leur travail et n'ont pas les moyens de se soigner autrement, puissent recevoir les soins nécessaires et cessent d'être pour leurs familles, leurs voisins, leurs camarades, un danger de chaque instant, par la contagion.

Nous considérons que ce sera pour Versailles un grand honneur de prendre l'initiative de la seule solution pratique, dans la question des sanatoria populaires pour tuberculeux ; la solution municipale, sans laquelle notre pays, qui perd 150,000 tuberculeux tous les ans, continuera à ne pas avoir de sanatoria, pendant que l'Allemagne, la Belgique, la Suisse, où les ravages de la tuberculose sont beaucoup moins graves, ont déjà créé 50 sanatoria depuis 5 ans.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous prier de compléter le paragraphe 12 de votre programme, par une déclaration explicite portant que la question du sanatorium sera mise à l'étude en première urgence, aussitôt la nomination du nouveau Conseil, et que notre ville sera de toute façon dotée à bref délai d'un sanatorium populaire pour tuberculeux, suffisant pour les besoins locaux.

En nous adressant ainsi à vous, nous avons le sentiment de remplir un devoir national social, auquel nous sommes fermement attachés.

Immédiatement les 5 membres du parti socialiste, candidats aux élections municipales, répondirent en ces termes :

Les membres soussignés du parti socialiste, considerant que la *Lutte contre la tuberculose* est un devoir national et social au premier chef, déclarent adhérer au manifeste du sanatorium populaire communal ou intercommunal, pour tuberculeux, et s'engagent à prêter leur concours aux citoyens qui poursuivent cette réforme humanitaire, par tous les moyens qui sont en leur pouvoir pour la faire aboutir dans le plus bref délai.

Bravo, les Versaillais ! Voilà un bon exemple, et le *Concours* est heureux de trouver mêlé à cette affaire le nom du Dr Rist, un de ses membres les plus actifs, qui préside à la fois, et le Syndicat de Versailles, et la Société locale de Seine-et-Oise.

BULLETIN DES SYNDICATS

et Sociétés locales.

Lille, 13 mai 1900.

Monsieur et honoré Confrère,

J'ai le plaisir de vous annoncer que, grâce surtout aux conseillers généraux médecins, et, en particulier, à M. le Dr Dron, député de Tourcoing, *le Conseil général du Nord a accepté comme tarif d'Assistance chirurgicale gratuite le tarif du « Concours médical »*.

Vous entendrez peut-être parler, d'ici quelque temps, de la campagne des médecins de Lille à ce sujet. J'espère que nous obtiendrons des résultats.

Le Syndicat a pris, au sujet de la fameuse *Fraternelle médicale*, la délibération suivante :

« La question des rapports entre les méde-

cins syndiqués de Lille et la *Fraternelle médicale et pharmaceutique*, ayant été discutée dans la séance du 16 mars courant, les membres présents ont donné mandat au Bureau d'avertir tous les membres du Syndicat que cette Assurance contre les frais de maladie, constituant une exploitation du corps médical et devant, si elle s'implantait dans notre ville, léser gravement les intérêts matériels de la profession, ne devait faire l'objet d'aucune proposition ; qu'il fallait rejeter ses avances, et qu'elle avait été mise à l'index par de nombreux collèges médicaux. »

Veuillez agréer, etc.

Dr Lambin.

REPORTAGE MEDICAL

La peste en Orient. — A Port-Saïd et à Smyrne, la peste a fait récemment son apparition. Les relations de Marseille avec ces points contaminés étaient évidemment de nature à inspirer des craintes pour notre grand port de la Méditerranée. M. le Dr Proust, inspecteur des services sanitaires, s'est rendu en conséquence à Marseille, afin de contrôler les mesures de protection qui y avaient été prises. Celles-ci, du reste, sont encore à l'ordre du jour, puisque la municipalité vient de créer des primes pour la destruction des rats et des souris. Une vigilance de tous les instants s'impose sur toute la côte méditerranéenne.

La variole à Lyon. — Voici, d'après le *Lyon médicale*, où en est l'épidémie de variole de Lyon,

Il est entré à l'hôpital des varioleux, du 16 février au 30 avril 1900, 308 varioleux qui ont fourni 66 décès.

Si, aux décès des malades hospitalisés, nous ajoutons ceux constatés à domicile, au nombre de 12, nous obtenons pour la période du 16 février au 30 avril, 78 décès, soit en chiffre rond une moyenne de 9 par semaine.

Additionnons ces 78 décès avec les 64 survenus du 24 juin 1899 au 15 février 1900, nous aurons une mortalité totale de 142 décès depuis le début de l'épidémie.

Voici la statistique des décès survenus à l'hôpital des varioleux par quinzaine pour la seconde période de l'épidémie : 16-28 février, 60 entrées, 17 morts ; 1-15 mars, 69 entrées, 13 morts ; 16-31 mars, 69 entrées, 16 morts ; 1-15 avril, 53 entrées, 11 morts ; 16-30 avril, 57 entrées, 9 morts. — Total : 308 entrées, 66 morts.

Depuis la semaine dernière la variole subit une augmentation très sérieuse. Il a été déclaré du 2 au 9 mai au bureau d'hygiène, 77 nouveaux cas, dont 44 sur la rive droite de la Saône. La mortalité variolique, qui était de 8 à 9 par semaine, y compris les décès des hospitalisés, depuis le 16 février, va dépasser ce chiffre en raison de la plus grande fréquence et de la gravité de la maladie, car la forme hémorragique est assez commune.

En cas de perte de la plaque de bicyclette. — Un décret du 17 mai 1900 résume ainsi les obligations à remplir :

La déclaration est faite : 1° devant le maire de la commune où le vélocipède est imposé, 2° par le propriétaire ou en son nom, 3° dans un délai de deux jours.

Le déclarant justifie de son identité et du mandat qu'il peut avoir reçu de faire la déclaration.

Le maire rédige la déclaration dans la forme déterminée.

L'intéressé présente celle-ci au percepteur.

Celui-ci délivre une nouvelle plaque.

Le contribuable est admis à faire la déclaration dans la commune où a eu lieu la perte ou la soustraction, lorsque cette commune est distante de plus de 50 kilomètres de celle de l'imposition.

En ce cas, il doit produire l'avertissement établissant que le vélocipède a été imposé ou, s'il s'agit d'un vélocipède non encore imposé, le récépissé de la déclaration prescrite par les lois des 28 avril 1893 et 13 avril 1898.

La plaque lui est remise par le percepteur de la commune où a été faite la déclaration de perte ou de soustraction.

Vous voyez, chers confrères, que tout cela est très simple ! N'empêche qu'il sera sage de ne pas perdre ou de ne pas laisser voler la précieuse plaque, sans quoi les procès-verbaux pleuvraient par-dessus les formalités.

Bibliographie. — Vient de paraître :

A. Lacassagne. — *Le Vade-Mecum du médecin-expert*, deuxième édition. Lyon, Storck ; Paris, Masson 1900, un vol. in-32 de 324 pages (figures, planches, schémas).

C'est la deuxième édition, revue et augmentée, de ce guide médical ou aide-mémoire de l'expert. Avec la *loi nouvelle sur l'exercice de la médecine*, tout praticien pouvant être expert, l'auteur a cru utile de condenser dans les tableaux ou modèles de rapports les constatations nécessaires à relever dans les cas les plus fréquents et les plus graves des levées de corps ou des autopsies de médecine légale et même dans les cas d'examen de personnes vivantes (aliéné, criminel aliéné, blessé, enfant victime d'attentats à la pudeur, individu ayant subi des manœuvres pédérastiques ou sodomiques, femme enceinte et femme accouchée). Un long chapitre est consacré à la conservation des cadavres, aux procédés d'embaumement, à l'examen des empreintes, des taches de sang, de sperme et à la docimasie hépatique.

C'est un véritable abrégé ou épitome de médecine légale qui, au moment d'une autopsie ou d'une opération médico-légale, permet à l'expert de consulter tous les renseignements dont il peut avoir besoin. Le médecin y trouve encore la *Loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, le décret du 21 novembre 1893 sur la nomination des experts et le tarif des opérations médico-légales*, enfin la *Loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail* et le *Tarif ouvrier* du Concours médical qui a été approuvé par plusieurs syndicats médicaux.

Si ce livre peut rendre de grands services à l'étudiant, puisqu'il lui met rapidement sous les yeux l'ensemble de connaissances afférentes à chaque question de médecine judiciaire, il est indispensable au médecin.

Le praticien l'aura sur sa table afin de le consulter tous les jours pour la rédaction des différents certificats et à propos des droits et des obligations que les Codes attribuent au médecin dans la société et devant la justice.

L'expert emportera ce petit livre quand il ira faire une levée de corps, pratiquer une autopsie, procéder à un examen ou à une opération médico-légale quelconque.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Maffre, de Monesties-sur-Céron (Tarn) ; Brangier, de Vautebis (Deux-Sèvres), et Petit, de Château-Thierry (Aisne).

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 22 2 JUIN 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Hommage à MM. Cézilly et Gassot.

CINQUIÈME LISTE DE LA SOUSCRIPTION.

MM. les docteurs Berthomier, de Vichy (Allier) ; Cator, de Fleurance (Gers) ; Veillard, de Lorris (Loiret) ; Sutils, de Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne) ; Jacob, de Montsurs (Mayenne) ; Descottes, de Bénévent-l'Abbaye (Creuse) ; Gondaubert, de Montsauche (Nièvre) ; Chauvel, de Sainte-Adresse (Seine-Inférieure) ; Engel, de Montfaucon (Meuse) ; Luneau, de Nantes (Loire-Inférieure) ; Briot, de Chaussin (Jura) ; Bergeret, de la Motte-d'Aveillans (Isère) ; Villeprand, de Paris ; Reumaux, du Havre (Seine-Inférieure) ; M. Champetier, de Vals-les-Bains ; MM. les docteurs Colin, de Quimper (Finistère) ; Bordenave-Péborde, d'Aubazines (Corrèze) ; *Le Réveil Médical* ; Joly, de Montvicq (Allier) ; Combaud, de Sancerre (Cher) ; Martin, de Conches (Eure) ; Grellety, de Vichy (Allier) ; MM. Daix frères, de Clermont (Oise) ; MM. les docteurs Bourdon, d'Etrépagny (Eure) ; Pénot, de Malesherbes (Loiret) ; Billard, de Malesherbes (Loiret) ; Cousturier, du Lude (Sarthe) ; Hugues, de Paris ; B..., de P... (Côtes-du-Nord) ; de Saint-Aubin, de Saint-Just-en-Chaussée (Oise) ; MM. A. et G. Chanlaire, de Paris ; MM. les docteurs Cadilhac, de Saint-Valérien (Yonne) ; Stagienski, de Saint-Etienne (Loire) ; Barada, d'Artenay (Loiret) ; Gaillard, de Parthenay (Deux-Sèvres) ; Richepin, d'Hirson (Aisne) ; Rogée, de Saint-Jean-d'Angély (Charente-Inférieure) ; Cassas, de Lyon (Rhône) ; Caire, de Nanterre (Seine) ; Toussaint, d'Argenteuil (Seine-et-Oise) ; Lautier, des Vans (Ardèche) ; Charrière, de Souvigny (Allier) ; Callias, d'Enghien (Seine-et-Oise) ; Paul Petit, de Paris ; Denance, de Varennes (Loiret) ; Jung, de Mortcerf (Seine-et-Marne) ; Filliette, de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais) ; Poirson, de Morez (Jura) ; Cotte, de Toulon (Var) ; Chamousset, de Bellême (Orne) ; de Fourmestreaux, de Versailles (Seine-et-Oise) ; Lop, de Marseille (Bouches-du-Rhône) , Hervé, de la Motte-Beuvron (Loir-et-Cher) ; Giberton, de Jouy-en-Josas (Seine-et-Oise) ; Heurteau, de Fay-aux-Loges (Loiret).

Produit des 5 premières listes : **1.522** *francs.*

PROPOS DU JOUR

Discussions et vœux académiques.

La croisade antialcoolique a déjà donné lieu à de beaux gestes, comme la circulaire Galliffet; à des rapports très suggestifs, comme ceux de MM. Laborde, Duclaux, Jacquet, etc...

Nous les avons approuvés sans réserve ; nous y avons même applaudi de toutes nos forces. Pourquoi ? Parce qu'il s'en dégageait quelque chose de pratique.

Mais pouvons-nous faire même accueil à la proposition formulée, le 8 mai, par M. le Dr Fernet devant l'Académie ? Il s'agirait d'inscrire le diagnostic: « *Alcoolisme* » sur les bulletins de statistique de décès, toutes les fois qu'il aura été la cause évidente de ceux-ci !

Nous voulons bien, avec M. Léon Colin, rendre pleine justice aux bonnes intentions de M. Fernet. Seulement, nous estimons, avec M. Vallin

que, violation formelle du secret, cette déclaration est inadmissible dans la pratique.

Malgré ce léger détail, ou plutôt, sous ces réserves, comme on dit à l'Académie, nos honorables se sont associés très volontiers au vœu de leur collègue : il a été adopté après un vote régulier.

La logique a de ces mystères.

Pour nous, qui y sommes étrangers, et que hante seulement la peur d'une irréalisable et dangereuse mission, nous ne pouvons que conclure par cet autre vœu :

« Que Messieurs les Académiciens commencent dans leur clientèle aristocratique ! »

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Contusions de l'œil.

Notre confrére, le Dr *Rolland*, a présenté à l'Académie d'intéressantes observations sur sa méthode de traitement des contusions de l'œil par l'ophthalmotomie antérieure. Un cas récent, entr'autres, a été suivi de succès. Le Dr Rolland en déduit les conclusions suivantes :

« La guérison des hémorragies générales du corps vitré, d'origine traumatique, réputée impossible par les moyens médicaux, est devenue possible, grâce à l'ophtalmotomie.

« Cette opération peut être pratiquée, soit sur le segment postérieur de l'œil, soit sur le segment antérieur. Dans les deux cas, la restauration de la vision totalement perdue, a été rapidement obtenue, et de la façon la plus compléte. »

M. le Dr Delens, rapporteur de cette communication, a ajouté que, selon lui, il serait préférable d'avoir recours á l'incision de la cornée, plutôt qu'à l'incision simultanée de la sclérotique, de la choroïde et de la rétine, que nécessite l'ophtalmotomie postérieure. Cette dernière, en effet, même dans les cas où elle procure une évacuation immédiate de l'épanchement sanguin, donne lieu à une cicatrice qui réunit ultérieurement les trois membranes dans une adhérence commune dont les effets ne sont peut-être pas sans inconvénients pour l'avenir. Avec la large ponction cornéenne, rien de semblable ne se produit. Mais sera-t-elle toujours suffisante? Pourra-t-on toujours espérer un résultat aussi heureux ? Il est permis d'en douter.

M. le Dr Rolland s'est trouvé en présence d'un cas où, malgré la nature du traumatisme et la présence, encore constatable, de la plaie scléroticale, l'œil n'était pas infecté. Malgré les douleurs ciliaires, malgré les signes d'irritation extérieure vive de l'œil, il n'existait évidemment pas d'irido-choroïdite, mais plutôt un état glaucomateux. Ce sont lá des conditions favorables et qui ne se rencontrent pas le plus ordinairement.

Mais, alors même que ces complications existeraient déjà, nous pensons que l'évacuation du sang contenu dans la chambre antérieure doit être toujours tentée, avec les précautions antiseptiques, et qu'elle donnera des résultats supérieurs à ceux que procure la temporisation.

Injections sulfureuses contre la métrite.

Un de nos confrères nous demandait dernièrement comment on devrait formuler les injections vaginales sulfureuses contre la métrite selon la méthode de Lucas-Championnière et de M. Jullien, de Saint-Lazare. C'est de l'eau sulfureuse, analogue à celle des bains de Barèges, qu'il faut employer.

Trisulfure de potassium...	1 gramme.
Eau bouillie..............	2 litres.

en injections vaginales faites, dans le décubitus dorsal, avec le bock d'Esmarck.

Traitement des papillomes du larynx.

M. le Dr *Boulay* vient de publier une étude pratique sur la conduite à tenir en présence des papillomes du larynx chez les enfants.

Son avis est que l'on doit tenter tout d'abord *l'extraction par les voies naturelles* : il ne faut y renoncer qu'après avoir épuisé tous les moyens pour y réussir.

En cas d'échec, deux cas peuvent se présenter :

1° L'enfant a des *troubles phonatoires*, mais n'a aucune gêne respiratoire. Rien ne presse. Mettre le petit malade en observation et attendre, car vous êtes en droit d'espérer, de deux choses l'une : ou bien que les papillomes disparaissent spontanément, ou bien que, sans autre complication, l'enfant atteigne un âge où les progrès de sa raison et de sa docilité vous permettent d'opérer avec succés par les voies naturelles.

2° L'enfant a de la *dyspnée*. Faire la *trachéotomie* ; laisser la canule à demeure et voir ce qui va se passer :

a. *Les papillomes disparaissent* : retirer la canule dés qu'on s'est convaincu, par les examens répétés, qu'il ne reste plus trace de néoplasme ; s'il persiste une fistule trachéale, comme cela arrive souvent lorsque la canule a été portée pendant de longs mois ou de longues années, aviver ses bords et suturer les parties molles prétrachéales ; il me paraît inutile de comprendre les parois de la trachée dans la suture ; du moins je m'en suis abstenu sans inconvénient chez deux enfants atteints de fistule trachéale à la suite du port prolongé d'une canule, pour rétrécissement du larynx.

b. *Les papillomes restent stationnaires ou augmentent de volume* : essayer de nouveau l'ablation par les voies naturelles, qui peut maintenant se montrer plus facile qu'avant la trachéotomie.

Si l'on échoue, se comporter différemment suivant l'âge de l'enfant : 1° s'il approche de l'âge où l'on pourra espérer de lui plus de confiance et de docilité, s'il a dépassé douze ou treize ans, on peut être autorisé á patienter encore, car il est probable qu'on arrivera bientôt à le délivrer par la voie endolaryngée ; 2° dans le cas contraire, faire la *thyrotomie* sans attendre davantage, car il y a moins d'inconvénient à ouvrir son larynx, avec la chance de le guérir radicalement, qu'á lui laisser la trachée ouverte pendant de longues années.

L'opération est d'ailleurs assez simple : elle est facilitée par quelques précautions sur lesquelles nous désirons appeler l'attention en terminant.

L'usage d'une canule de Trendelenbourg est inutile ; il suffit, pour éviter la chute du sang dans la trachée et les bronches : 1° de placer l'enfant dans la position de Rose ; 2° d'introduire dans l'angle supérieur de la plaie trachéale, immédiatement au-dessus de la canule, une mèche de gaze stérilisée retenue au dehors par l'une de ses extrémités au moyen d'un fil ou d'une pince à pression. D'ailleurs, l'hémorragie consécutive à l'ablation des papillomes est d'ordinaire médiocre et cède rapidement à un tamponnement intralaryngé.

L'incision doit être pratiquée exactement sur la ligne médiane : à cet effet, il faut dénuder avec soin la surface antérieure du larynx, faire une hémostase complète et rechercher l'encoche médiane du bord supérieur du cartilage thyroïde ; il faut reconnaître celle-ci à la vue et au toucher avec l'extrémité de l'index gauche et commencer l'incision exactement en ce point.

Pour éloigner les deux lames du thyroïde incisé, on ne se servira pas d'écarteurs, car quelle que soit l'exiguïté de leurs dimensions, ils gêneraient la vue ; il est extrêmement commode de passer, à l'aide d'une aiguille à suture, un long fil de soie dans chacune des deux moitiés du thyroïde et de faire tirer ces fils, l'un à droite, l'autre à gauche, par un aide.

La traction sur les fils doit être suffisante pour laisser le regard pénétrer dans le larynx, mais elle ne doit pas être exagérée ; il me semble, en effet qu'il y a avantage à ne pas écarteler le larynx outre mesure, dans la crainte de distendre ou de luxer ses articulations ; une trop grande dislocation ne peut que nuire au rétablissement ultérieur des fonctions vocales.

L'ouverture ainsi faite, même si l'incision est prolongée jusque sur la membrane crico-thyroïdienne, ne donne d'ailleurs dans un larynx d'enfant qu'un passage assez étroit aux rayons lumineux : aussi la lumière du jour est-elle absolument insuffisante pour mener à bien l'exploration de toute la cavité du larynx ; il est de toute nécessité de se servir d'un éclairage artificiel (miroir frontal ou mieux photophore électrique).

Enfin, pour éviter plus sûrement la récidive, lorsqu'il existe des points où la dégénérescence papillomateuse, encore au début, se traduit par un simple épaississement de la muqueuse, un état chagriné, et sur lesquels la curette n'a pas de prise à moins de décortiquer complètement la muqueuse, on les touchera légèrement avec la pointe du galvano-cautère.

Sérum antialcoolique

M. le D[r] *Sapelier* a lu, à la dernière séance de l'Académie de Médecine, un mémoire sur le sérum antialcoolique, avec 57 observations comprenant 17 échecs, 8 améliorations, 32 succès. Il conclut que le sérum antialcoolique a une action psychique, mais réelle ; que cette action est d'ordre physiologique.

Le sérum antialcoolique (antiéthyline), refaisant physiologiquement du buveur un instinctif, peut, dit M. Sapelier, entrer en ligne dans la lutte contre l'alcoolisme.

Pneumonie et levure de bière.

M. le D[r] *Marie* expose, à la Société médicale des Hôpitaux, la nouvelle méthode de traitement qu'il emploie contre la pneumonie depuis un an environ : ce traitement consiste dans l'ingestion de la levure de bière aux doses conseillées par le D[r] Brocq contre la furonculose. Sur huit cas, il a eu huit guérisons.

« En 1899, dit-il, je voyais, en consultation avec le docteur Le Goff, un malade de 68 ans, atteint d'une pneumonie grave et en même temps d'une furonculose abondante et très douloureuse. Je conseillai contre cette dernière la levure de bière : le malade guérit de sa pneumonie, malgré la gravité du pronostic, et je me demandai s'il ne fallait pas attribuer la guérison, en partie du moins, à la levure de bière. J'administrai depuis lors la levure de bière aux sept pneumoniques que j'ai eu à soigner et tous ont guéri. »

Traitement de la dysurie des prostatiques par la résection des veines spermatiques.

De nombreux auteurs ont proposé, comme moyen radical de guérison de l'hypertrophie prostatique, l'extirpation directe d'une partie du lobe moyen hypertrophié ; d'autres, la castration totale ; d'autres encore la ligature des éléments du cordon : MM. *Desnos*, d'une part, et *Albarran*, d'autre part, proposent un moyen mixte, d'une efficacité, au moins aussi sûre, c'est la résection des veines et des nerfs spermatiques (angionévrectomie).

Pratiquée expérimentalement sur des chiens, l'opération en question a parfaitement réussi et, de fait, sur l'homme, elle a donné d'aussi bons résultats. M. Desnos recommande de pratiquer la résection en masse des éléments veineux du cordon avec une partie du scrotum, suivant le procédé de Horteloup pour le varicocèle.

Chez six sur sept des opérés de M. Desnos, une amélioration des troubles fonctionnels a suivi de très près la résection veineuse. Cette amélioration porte sur plusieurs points : les phénomènes congestifs, l'hématurie, la douleur et le ténesme, l'évacuation de la vessie, la purulence des urines, la difficulté du cathétérisme et le volume de la prostate. Y a-t-il réellement atrophie ? C'est possible ; en tout cas, le maximum des effets produits tient plutôt à la décongestion rapide et complète de la prostate et de l'appareil urinaire, qu'à une atrophie qui est tardive et toujours incomplète.

Diagnostic précoce de la tuberculose.

M. le prof. *Landouzy* a fait, au congrès de Naples pour la tuberculose, une communication sur le diagnostic précoce de cette terrible maladie, communication dont il importe de retenir les principales conclusions.

« Si, pour le médecin, la morale est de guérir les malades, si, pour lui, l'idéal est d'empêcher les maladies, on conçoit combien, avec la puissance diagnostique, lui incombent de nouveaux devoirs.

« Par la séméiotique, le médecin se trouve investi d'une véritable magistrature de santé.

« Avec la précocité et la certitude diagnosti-

ques qui mènent à la curabilité de la tuberculose pour le malade, à son évitabilité pour l'entourage, c'en est fini des préoccupations sentimentales qui hantaient nos pères.

« Tout individu suspect ou convaincu de tuberculose, a droit à toutes les vérités qu'on lui cachait naguère, alors qu'on craignait de le jeter en désespérance ; il a droit à toute cette part de vérités qui, travaillant à son salut, sauvegardent son entourage.

« L'importance prépondérante que prend, dans la contamination, la question des terrains propices à la tuberculose, induit la puériculture et l'hominiculture à tout faire, pour que, demain, nous soyons réfractaires à la maladie ou préparés à nous mieux défendre.

« L'élevage scientifiquement pratiqué ; l'éducation physique partout organisée ; la santé et la vigueur enseignées comme des vertus ; l'hygiène privée et publique codifiée ; la tuberculose inscrite parmi les maladies de déclaration obligatoire ; des sanatoriums partout créés ; l'assistance du tuberculeux et de sa famille organisée ; la salubrité des habitations surveillée ; l'alcoolisme dénoncé comme « faisant le lit à la tuberculose », les préceptes de la morale civile et religieuse visant l'hygiène ; l'instruction à tous ses degrés mise au service de la prophylaxie des maladies évitables ; les lois protectrices de la santé, doivent faire l'objet des préoccupations instantes des familles et de l'Etat, si l'on veut que s'organise vraiment la lutte contre la tuberculose.

« Il faut que ces préoccupations mènent :

« A modifier certains règlements visant le recrutement, les modes d'examen dans le Conseil de revision et de réforme des armées ;

« A modifier les méthodes d'instruction et d'entraînement des recrues, puisque nous savons, par nos diagnostics affinés et précoces, que morbidité et mortalité d'armées sont fonction moins de contamination militaire, que d'éclosion d'occultes tuberculoses, à la faveur des conditions de misère physiologique que peut traîner après elle la vie des jeunes soldats.

« Il est d'autres magistratures de santé encore, que la précision dans son diagnostic met le médecin en demeure d'exercer, celles qu'impliquent les charges du médecin de famille, moralement responsable de l'hygiène physique de tout un chacun, aussi bien dans le choix d'un métier, d'une profession et d'une carrière, que dans le choix d'une union.

« Il faut que la *Minerva medica*, elle aussi, préside aux mariages et les défende contre la tuberculose. Il faut que les familles soient averties que dans le problème si délicat du mariage et de la tuberculose, il est d'autres questions que celle de la possibilité de contamination entre époux ; qu'il y a pour la descendance menace d'hériter de prédispositions tuberculeuses. Il faut que, partout, on sache que tuberculose et syphilis, sont facteurs de déchéances héréditaires.

« Prophylaxie tuberculeuse et mariage, est un problème terrible que le médecin a le devoir de poser et le pouvoir de résoudre.

« Cette prophylaxie, nos petits-neveux la connaîtront peut-être un jour, quand, prévenus par la médecine, ils songeront, avant de fonder une famille, à s'inspirer des préoccupations de sélection qui, présidant aux seules procréations animales, n'ont malheureusement rien à voir aujourd'hui dans les unions humaines, alors que, pourtant, de ces unions viriles ou maladives, doivent sortir des générations saines ou viciées, qui feront demain les peuples forts ou dégénérés. »

Pâte contre la carie dentaire.

M. le Dr *Pitsch* conseille d'employer la méthode suivante dans le traitement de la carie dentaire :

On nettoie la cavité, on la lave à l'eau tiède pure, on la sèche avec du coton ; puis, on prend gros comme une tête d'épingle de la pâte suivante :

Trioxyméthylène.........	16	grammes.
Vaseline très pure.......	8	—
Poudre inerte............	6	—
Cocaïne (chlorhydrate)...	2	—

Les poudres devront être soigneusement porphyrisées, et la pâte une fois préparée devra être à nouveau passée au porphyre.

La pâte est roulée en boulette entre les doigts ; on la fixe à un instrument flambé. Voici comment on procède : on nettoie la cavité, on la lave à l'eau tiède pure, on la sèche avec du coton. Puis, prenant gros comme une tête d'épingle de la pâte, on la roule en boulette entre mes doigts, on la fixe à un instrument flambé et trempé dans un flacon de talc pulvérisé contenant toujours un fragment de trioxyméthylène, qui maintient le talc aseptique ; on place la boulette *à côté* de la pulpe et à l'aide de l'instrument que l'on retrempe dans le talc si besoin est, afin qu'il n'adhère pas à la pâte, on l'étend sur la pulpe *en évitant de comprimer* (ceci est très important).

On obture ensuite le fond de la cavité avec du ciment très mou (toujours pour éviter la compression) ; puis, quand le ciment est assez dur pour ne pas se laisser déprimer, on achève l'obturation avec du ciment plus dur ou avec du métal ou de l'or.

On n'emploie jamais la gutta, qui se laisse déprimer sous les efforts de la mastication.

Les suites sont très simples. Dans la grande majorité des cas, le malade ne pense plus à sa dent ; dans un petit nombre d'autres une petite douleur sourde persiste pendant un ou deux jours, très rarement davantage. M. Pitsch n'a jamais eu d'insuccès.

Si pendant l'obturation le malade accuse de la douleur, c'est qu'il y a eu compression, ou que la pâte ayant glissé, l'acide phosphorique du ciment se trouve en contact direct avec la pulpe ; alors il faut recommencer.

Comment agit cette pâte ?

Le trioxyméthylène donne continuellement, et en très petite quantité à la fois, du formol.

Les poudres inertes rendent le médicament maniable en lui donnant une adhérence spéciale. Il en est de même de la vaseline qui sert de véhicule et qui ayant l'avantage de ne pas rancir, conserve la plasticité desirable, et l'intégrité du médicament qui peut se conserver ainsi indéfiniment sans durcir et avec toutes ses propriétés, pourvu qu'il soit *à peu près* bouché.

En somme, cette pâte est du formol non caustique et d'un maniement facile. Quand vous la placez sur une pulpe saine, elle fait fonction d'un coussinet propre et éminemment antiseptique

entre cette pulpe et le ciment caustique. Quand vous la placez sur une pulpe infectée, elle a vite fait de détruire les germes, qui ont amené cette infection.

CHIRURGIE PRATIQUE

Les adénites géniennes

Les ganglions lymphatiques situés dans l'épaisseur des joues, constituent ce que l'on appelle, en anatomie, les ganglions géniens ; M. le Dr Léon Thévenot, de Lyon, vient d'étudier récement la pathologie de cette région et de préciser en un intéressant travail de la *Gazette des Hôpitaux*, les signes cliniques et le diagnostic des adénites que l'on y rencontre fréquemment. Nous nous proposons d'en exposer les plus saillants passages à nos lecteurs d'aujonrd'hui.

I

REVUE ANATOMIQUE.

Peu décrits et mal connus, les ganglions géniens forment trois groupes : un inférieur, répondant au maxillaire inférieur ; un moyen, sur la face externe du buccinateur ; un supérieur, sur le massif maxillaire supérieur.

Groupe inférieur ou maxillaire. — Il est représenté par deux ganglions (plus rarement un ou trois), superposés ou situés en avant les uns des autres. Ces ganglions reposent sur la face externe du maxillaire inférieur, en avant de l'angle antéro-inférienr du masséter.

En bas, ils se continuent avec les ganglions sous-maxillaires. Il n'est plus rare d'observer un ganglion sur le bord inférieur de l'os reliant les deux groupes ; c'est le ganglion intra-maxillaire. En haut, ils arrivent, plus ou moins, au contact des ganglions buccinateurs, sans dépasser pourtant en hauteur le bord alvéolaire. La veine faciale forme leur limite antérieure ; l'artère faciale les délimite en arrière.

Leur volume est essentiellement variable, suivant qu'ils sont normaux ou enflammés, et nous ne nous attacherons pas à décrire leurs dimensions.

Groupe buccinateur. — Il est constitué par tous les ganglions qui sont sur la face externe du buccinateur. Ils peuvent occuper deux positions différentes : les uns sont en avant de la veine faciale, et les autres à l'embouchure du canal de Sténon. Situés à la même hauteur, sur le trajet d'une ligne qui continue en arrière la commissure des lèvres en se portant au lobule de l'oreille, ils sont séparés les uns des autres par une ligne oblique, allant, de l'angle interne de l'œil, à l'angle antéro-inférieur du masséter. Cette ligne représente à peu près la direction de la veine faciale.

Le groupe antérieur, à 2 centimètres environ de la commissure labiale, est constitué ordinairement par deux ganglions. Arrondis ou réniformes, de volume très variable, ils reposent sur l'aponévrose buccinatrice, dans le tissu cellulo-graisseux qui sépare l'artère de la veine. Exceptionnellement, un ganglion peut se porter plus en avant, dans le sillon naso-génien.

Le groupe postérieur est formé de deux ganglions situés ordinairement en arrière, ou au-dessus du point où le canal de Sténon perfore le buccinateur.

Ils ont les mêmes variations de forme et de volume que les précédents.

Plus en avant, au point où le canal de Sténon perfore le muscle, il existe souvent une petite masse qui, au premier abord, pourrait faire croire à une masse ganglionnaire ; c'est un lobule glandulaire aberrant. Ces ganglions sont quelquefois situés plus haut que de coutume. Ils arrivent alors par leur extrémité supérieure au contact du bord inférieur de l'os malaire et sont partiellement recouverts par les fibres les plus postérieures du grand zygomatique.

Groupe supérieur. — Les ganglions de cette région n'ont été observés que cliniquement.

Les recherches anatomiques ne les ont pas découverts.

A côté de ces groupes lymphatiques, nous devons citer les cas les plus rares où l'on a pu rencontrer des ganglions. On a signalé, à propos du groupe inférieur, le ganglion infra-maxillaire.

Debierre a signalé l'existence de ganglions géniens profonds sous l'aponévrose du buccinateur. Princeteau, d'après ses observations personnelles, prétend qu'il s'agit toujours de glandes salivaires.

Au niveau de la partie moyenne du sillon naso-génien, en avant de l'artère faciale, Testut, puis Princeteau, ont également rencontré un ganglion.

Il s'agit là de cas exceptionnels.

La situation de ces ganglions étant ainsi définie, voyons quelles sont leurs connexions avec les vaisseaux lymphatiques de la région.

Lymphatiques de la joue. — Ils forment un réseau extrêmement riche, grâce aux anastomoses qui unissent des troncs plus ou moins parallèles à la direction de l'artère et de la veine faciales.

Les lymphatiques des portions antérieure et moyenne du cuir chevelu, se portent plus en arrière, le long de l'artère temporale, pour aboutir aux ganglions pré-auriculaire et parotidiens supérieurs.

De la racine du nez et de l'angle interne de l'œil partent (Küttner) deux ou trois vaisseaux qui décrivent une courbe à concavité inférieure, passent dans la paupière supérieure et vont aboutir aux mêmes ganglions.

D'autres, nés à peu près de la même région, traversent la joue en diagonale, pour atteindre les ganglions parotidiens inférieurs.

Les lymphatiques nés des ailes du nez, et ceux de la lèvre supérieure, forment plusieurs troncs parallèles à la veine faciale. Ils se rendent aux ganglions géniens.

Les lymphatiques de la lèvre inférieure vont ordinairement aux ganglions sous-maxillaires. C'est à ces derniers qu'aboutissent toujours d'ailleurs les troncs qui naissent des ganglions géniens. Ces lymphatiques superficiels s'anastomosent avec les lymphatiques des muqueuses voisines (nasale et buccale), mais les lésions des muqueuses retentissent sur les ganglions profonds, en raison des valvules qui dirigent le cours de la lymphe vers la profondeur et empêchent tout reflux rétrograde.

Par contre, il existe, sur la ligne médiane, des anastomoses larges et les infections en cette région retentiront sur l'une ou l'autre moitié de la face.

II.

LÉSIONS DES GANGLIONS GÉNIENS.

Les lésions de ces ganglions ont été nettement exposées dans la thèse de Vigier, de Lyon. Depuis, de nombreux travaux se succédèrent, touchant le même sujet, et montrèrent que ces lésions sont bien plus fréquentes qu'elles ne paraissaient l'être au premier abord, sans cependant qu'on puisse comparer leur fréquence à celles des lésions des ganglions sous-maxillaires. Remarquons, d'ailleurs, que l'on voit souvent l'altération de ces derniers succéder à un état pathologique des premiers, tandis que les lésions des ganglions sous-maxillaires ne déterminent pas, par voie ascendante, l'infection des ganglions géniens.

« Comme dans toute autre région, contenant des ganglions, on a pu observer à la face : des adénites infectieuses, des adénites tuberculeuses, des adénites syphilitiques, des adénites néoplasiques, des tumeurs enfin de ces ganglions.

« Adénites infectieuses. — Suiv nt la virulence de l'infection, suivant la marche plus ou moins rapide du processus, suivant la nature enfin de l'affection, nous nous trouverons en présence d'une adénite aiguë (souvent d'un adéno-phlegmon) ou bien d'une adénite chronique.

« L'adéno-phlegmon et un certain nombre de lésions chroniques sont dus aux microbes ordinaires de la suppuration.

« Ils sont consécutifs à une infection d'origine traumatique ou à une inflammation sur le cours des lymphatiques afférents, et l'on doit rechercher la porte d'entrée, soit du côté des téguments superficiels (paupière inférieure, nez, lèvre supérieure, joue), soit du côté des muqueuses profondes (nasale et buccale). Ceci explique la fréquence de leur envahissement chez les enfants scrofuleux, si souvent porteurs de lésions périnasales et péribuccales. Mais il est une cause tout aussi fréquente d'infection ganglionnaire. Nous voulons parler de la carie dentaire. Il s'agit habituellement d'altérations des dents de la mâchoire supérieure, des molaires en particulier.

« Du reste, Partsch a montré que les lymphatiques du maxillaire inférieur vont, les uns, aux ganglions sushyoïdiens médians, les autres, aux ganglions sous-maxillaires.

« Cet auteur insiste également sur ce fait : que la carie simple retentit rarement immédiatement sur le système ganglionnaire. Il se produirait d'abord une inflammation de la gencive et, secondairement, une adénite. Suivant la virulence de l'infection, nous verrons alors se développer, ou bien un adéno-phlegmon, ou une simple tuméfaction de la joue avec résolution des accidents inflammatoires (ce qui simulera une fluxion dentaire), ou enfin, une adénite chronique.

« Telles sont, en effet, les trois formes cliniques que l'on rencontre.

« Nous n'insistons pas sur la fluxion dentaire, et qui n'est pour nous qu'un adéno-phlegmon arrêté dans son évolution et qui se termine brusquement par résolution

« L'adéno-phlegmon débute, quelle que soit son origine, par un peu de douleur locale et surtout par une gêne considérable des mouvements du maxillaire, soit pendant la mastication, soit simplement dans la phonation. La joue se tuméfie rapidement et la recherche des ganglions devient extrêmement difficile.

« Bientôt, l'aspect est caractéristique. La bouche entr'ouverte laisse la salive s'écouler au dehors. Les lèvres sont tuméfiées et infiltrées jusqu'à la ligne médiane. En arrière, la peau est rouge et tendue ; la tuméfaction est surtout accentuée au niveau d'une ligne qui continuerait, en dehors, la fente buccale ; en bas, elle s'étend jusqu'au bord inférieur du maxillaire ; en haut, elle remonte jusqu'à la paupière inférieure. Toute la région est chaude, douloureuse. Le masséter, par sa contracture, empêche les mouvements de mastication et l'examen de la cavité buccale se trouve notablement gêné. On peut, cependant, voir la lésion dentaire et la muqueuse buccale épaissie, qui vient faire saillie entre les arcades dentaires. Le doigt, introduit entre la lèvre et le rebord dentaire, reconnaît l'épaisseur de la joue tuméfiée et sent la fluctuation, lorsque le pus est collecté.

« Il permet de se rendre compte, en même temps, de l'intégrité du bord alvéolaire et du maxillaire correspondant. Les phénomènes généraux sont très variables suivant les sujets. Abandonné à lui-même, l'abcès ulcère la peau et vient s'ouvrir à l'extérieur, laissant, à sa suite, une cicatrice déprimée. L'ouverture dans la cavité buccale est exceptionnelle. »

Malgré les connexions des ganglions géniens avec les ganglions sous-maxillaires, ceux-ci restent indemnes pendant toute cette évolution pathologique. Telle est la forme ordinaire de l'adéno-phlegmon génien.

« Parfois, au lieu d'un abcès unique, on voit trois ou quatre abcès échelonnés depuis l'angle du maxillaire inférieur jusqu'au rebord inférieur de l'orbite.

« Quels que soient le siège et le volume des ganglions atteints, on ne voit pas les lymphatiques, qui s'y rendent, dessiner sous la peau des traînées rouges de lymphangite, comme cela a lieu dans d'autres régions.

« L'adénite chronique simple qui survient à la suite de lésions dentaires ou d'irritation répétée des téguments, évolue d'une façon lente et insidieuse. Les symptômes subjectifs font défaut le plus souvent, et le sujet remarque sa tumeur, soit à cause d'un peu de gêne fonctionnelle dans les mouvements de mastication, soit par suite d'une légère déformation de la joue. Dans quelques cas cependant, la tumeur peut faire sous la peau une saillie notable. L'examen local révèle l'existence d'une masse arrondie, peu douloureuse à la pression, mobile sous le doigt et n'adhérant ni à la muqueuse buccale, ni aux téguments de la joue ; sa consistance est ferme. Sa forme et son volume évoquent l'idée d'un ganglion enflammé.

« Elle renferme un peu de pus dans son intérieur, mais la ponction seule en révèle la présence.

« A la longue, cependant, la consistance se modifie. Le ganglion se ramollit peu à peu et augmente de volume. Il adhère à la peau, puis celle-ci s'ulcère pour donner issue à du pus. Ainsi se forme une fistule qui peut persister longtemps ; c'est que le ganglion a formé autour de lui une coque inflammatoire fibreuse, limitant une cavité qui n'a pas de tendance à se combler et dont l'étendue nous est révélée par l'ex-

ploration au stylet. La fistule s'oblitérera momentanément pour se rouvrir bientôt, et la succession de ces phénomènes amène le malade à l'hôpital, malgré la localisation de l'infection qui ne retentit pas sur les ganglions voisins.

« Il est plus rare d'observer un ganglion génien qui adhère à la muqueuse buccale.

« Le pronostic est presque constamment bénin ; mais, il ne faut pas oublier que l'affection n'a aucune tendance spontanée à la guérison et que l'intervention est nécessaire. »

Les maladies infectieuses générales, érysipèle, diphthérie, oreillons peuvent déterminer des adénites géniennes qui, le plus souvent, évoluent sans gravité.

Dans quelques cas, classés sous la rubrique adénites géniennes idiopathiques, il est impossible de trouver la porte d'entrée de l'infection, tant elle est minime.

Adénites tuberculeuses. — Ce sont ordinairement des lésions chroniques. On a bien signalé des adénites aiguës que l'on a rattachées à une tuberculisation ganglionnaire. L'existence de cette phtisie galopante des ganglions est douteuse, d'autant mieux que les sujets atteints avaient une bonne santé antérieure.

« Ces faits sont d'ailleurs rares et l'évolution ordinaire est la suivante. Le malade a déjà présenté des signes de bacillose osseuse, viscérale, et surtout de la tuméfaction des ganglions cervicaux. Puis apparaît dans l'épaisseur de la joue une tumeur qui grossit peu à peu, sans réaction inflammatoire du voisinage. Elle est indolore, et c'est par hasard que le malade constate la présence d'une petite tumeur qui roule sous la peau.

« Plus tard, elle devient adhérente. La peau, à son contact, prend une teinte violacée, s'amincit, puis s'ulcère ; mais tandis que, dans des lésions simplement inflammatoires, les téguments au voisinage de la fistule restaient indemnes, dans le cas de tuberculose ils s'infectent, ils s'inoculent, et l'on peut alors avoir sous les yeux une ulcération tuberculeuse de la peau, dont l'origine peut être méconnue.

« Adénites syphilitiques.—Un seul cas a jusqu'à présent été publié par Capette-Laplène ; c'est celui d'un homme de vingt-quatre ans, qui portait, depuis quelque temps, un ganglion sur le côté externe du maxillaire inférieur droit. L'apparition d'un chancre sur le côté droit de la lèvre inférieure fit passer brusquement ce ganglion du volume d'un grain de maïs à celui d'une noisette.

« Cette localisation est exceptionnelle.

« Adénites cancéreuses.— Ces adénites ont été observées par tous les auteurs qui ont étudié les ganglions géniens. Tantôt, on se trouve en présence d'une lésion secondaire à un néoplasme voisin, tantôt d'une tumeur à proprement parler. Dans un cas seulement, une tumeur maligne de la parotide avait déterminé, outre un engorgement des ganglions sous-maxillaires droits et gauches, une adénite commissurale du même côté de la lésion.

« Le plus souvent le point de départ est un cancroïde de la peau. L'épithélioma de la lèvre inférieure infecte rarement les ganglions géniens. C'est qu'en effet les lymphatiques se rendent soit aux ganglions sus-hyoïdiens, soit directement aux ganglions sous-maxillaires.

« Cependant, M. Poncet et Buchbinder ont observé l'un et l'autre un cas d'adénite génienne, *commissurale* (Poncet), *maxillaire* (Buchbinder) à la suite d'un néoplasme de la lèvre inférieure. »

La lymphadénie produit exceptionnellement des lésions des ganglions géniens. M. Poncet a observé un cas de kyste lymphangiomateux de la joue gauche.

III

DIAGNOSTIC DES ADÉNITES GÉNIENNES

Nous emprunterons l'étude du diagnostic au travail de la *Gazette des hôpitaux* déjà cité (M. Thévenot).

Ou bien, il s'agit d'un adéno-phlegmon, ou bien il s'agit d'une adénite chronique, ou encore la lésion déjà ancienne a suppuré, l'abcès s'est ouvert au dehors, il a laissé, à sa suite, une fistule persistante.

« Dans les formes aiguës, si l'on constate une lésion dentaire, une ulcération des parties molles sur le trajet des lymphatiques voisins, le diagnostic est ordinairement facile.

« L'hyperplasie ganglionnaire simple, très rare, ne s'accompagne ni de fluctuation, ni de douleurs.

« Le furoncle de la face est plus superficiel. Sa forme acuminée, sa coloration, son évolution et surtout l'existence d'un bourbillon tranchent la difficulté.

« La fluxion dentaire rappelle l'adéno-phlegmon au début. Mais, dans ce dernier, la tuméfaction de la joue est tout autre ; on la sent exclusivement envahie et l'on constate l'intégrité des mâchoires. Le gonflement, la douleur, etc., sont très différents du gonflement, de la douleur de l'ostéo-périostite dentaire.

« Un ganglion suppuré au niveau de l'artère faciale peut être animé de battements et devenir le siège d'un souffle vasculaire. L'histoire de la tumeur, son évolution feront rejeter l'hypothèse d'un anévrysme.

« Le diagnostic avec l'antinomycose peut être plus difficile. Dans cette dernière maladie, l'œdème n'est pas franchement phlegmoneux. La tuméfaction a une consistance spéciale, intermédiaire entre la mollesse de l'œdème inflammatoire et la dureté des néoplasmes.

» La douleur est d'une intensité que rien n'explique, elle survient par crises.

« Le trismus est précoce et très accentué, alors que, dans l'adéno-phlegmon, il s'agit plutôt au début d'une gêne fonctionnelle. La peau est plus ou moins rapidement envahie, elle s'amincit et rougit par place, comme si elle allait rapidement s'ulcérer. Il n'y a pas d'adénite des ganglions voisins. Plus tard la peau s'ulcère ; la multiplicité des fistules devient un signe d'actinomycose ; enfin l'examen microscopique du pus ou des fongosités indiquera la nature exacte de la lésion.

« Les formes nodulaires, après avoir envahi la peau, peuvent s'étendre plus ou moins profondément. Leur point de départ cutané, leur indolence, leur marche, l'influence du traitement ioduré, etc., permettront d'affirmer l'actinomycose.

« Plus difficile aussi, serait le diagnostic avec

un kyste sébacé ou un kyste dermoïde enflammé. Le mode de début de la tumeur, son évolution, l'étude des anamnestiques établiront la nature de l'affection.

« Le diagnostic d'adénite posé, on recherchera le point de départ de l'affection. L'examen de la cavité buccale pourra nous montrer dans une dent cariée, dans une ulcération des gencives, etc., la porte d'entrée de l'infection.

« La tuberculose aiguë des ganglions est exceptionnelle et l'état général du sujet seul pourrait nous faire supposer cette cause.

« Les adénites géniennes peuvent encore être confondues avec d'autres lésions.

« Les kystes sébacés se développent lentement, sans cause appréciable. Dès le début, ils n'ont pas la mobilité des ganglions, ils adhèrent à la face profonde de la peau. Ils sont plus superficiels et plus mous.

« Les kystes dermoïdes sont congénitaux. Ils sont également de consistance molle. Il est exceptionnel de les rencontrer en avant du masséter.

« Les kystes salivaires constituent de petites tumeurs arrondies, ordinairement situées le long du canal de Sténon. Ils simulent donc des ganglions buccinateurs postérieurs. L'erreur est surtout facile à commettre avec la petite glande accessoire qui existe presque constamment au point où le canal de Sténon perfore le buccinateur. Parfois, il sera nécessaire de recourir à l'examen microscopique pour être fixé sur la nature de la masse enlevée.

« Signalons, en passant, les kéloïdes fausses qui succèdent à des brûlures, les kéloïdes spontanées, qui sont exceptionnelles, etc.

« Sous le nom de lipomes buccaux, Dolbeau désignait des lipomes qui ont pour point de départ la boule graisseuse de Bichat. Leur consistance molle et fluctuante pourrait en imposer pour un abcès, mais leur siège en avant du bord antérieur de la branche montante du maxillaire supérieur, leur forme lobulée et irrégulière feront reconnaître leur nature.

« Nous pouvons encore trouver à la joue d'autres lipomes qui proviennent de la transformation d'angiomes congénitaux. Leur diagnostic repose sur les caractères précédents.

« Les gommes syphilitiques évoluent plus lentement. Elles se résorbent rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

« Les gommes tuberculeuses, de forme irrégulière, sont ordinairement multiples. Elles s'accompagnent d'autres manifestations bacillaires.

« Inutile d'insister sur le diagnostic avec les varices lymphatiques qui sont excessivement rares dans nos pays.

« De même le tubercule sous-cutané douloureux est exceptionnel à la face.

« L'angiome sous-cutané est congénital, de forme irrégulière, de consistance molle. Il s'accompagne souvent d'un léger réseau veineux du côté de la peau.

« Enfin, dans le tissu musculaire, on peut trouver des affections inflammatoires ou néoplasiques : abcès, gommes, sarcomes, etc., mais la contraction du muscle nous renseigne sur le siège exact de la tumeur.

« Il en sera de même pour les abcès et les tumeurs qui ont pour point de départ le tissu osseux.

« M. Vigier a également insisté aussi sur cette particularité que normalement, le bord antérieur du masséter, à sa partie inférieure, donne la sensation d'une petite masse roulant sous le doigt et pouvait en imposer pour une adénite. La contracture du masséter immobilise cette masse et fait ainsi disparaître cette cause d'erreur.

« Lorsque le malade se présente à une période plus reculée, lorsque l'abcès s'est ouvert et a laissé une fistule, le diagnostic restera souvent hésitant.

« Dans les cas d'inflammation banale, on reconnaîtra qu'il ne s'agit pas d'un kyste sébacé ou dermoïde d'après l'évolution de l'affection, son origine congénitale ou non. Nous ne parlons pas de la fistule du canal de Sténon, ordinairement traumatique, et qui est d'un diagnostic facile.

« Dans les cas d'adénite tuberculeuse, les bords de la fistule peuvent être envahis et devenir le siège d'une ulcération de même nature ; il sera parfois difficile d'apercevoir l'orifice fistuleux masqué par des fongosités. L'exploration avec un stylet conduira dans la cavité ganglionnaire, indiquera l'origine de la lésion.

« Le plus souvent, il suffira de songer à la possibilité d'une adénite génienne pour la reconnaître et la diagnostiquer avec certitude.

IV

TRAITEMENT.

Il est important de retenir que toute intervention chirurgicale sur la région génienne doit être dirigée horizontalement.

Contre l'adéno-phlegmon, une intervention s'impose dès que l'on constate la présence du pus.

Dans les formes chroniques, on sera moins radical.

« Tant que le ganglion est de petit volume sans menace de suppuration, tant que l'on peut espérer la résolution, l'expectation pure et simple, avec traitement général et applications fondantes, sera la méthode de choix. L'extirpation des dents malades s'impose ainsi que l'antisepsie buccale.

« Lorsque le ganglion est suppuré, les ponctions répétées sont insuffisantes, et c'est à l'ablation totale de la masse qu'il faut avoir recours ou à sa destruction avec la curette. »

L'incision de l'abcès, l'évidement de la poche, l'ablation totale du ganglion malade auront lieu toutes les fois que la chose sera possible par la voie buccale, afin d'éviter une cicatrice apparente ; cependant, la réalisation de ce desideratum est rarement possible.

La voie cutanee est la plus commode et la plus directe. Elle permet d'obtenir par des pansements à plat une réunion rapide et une guérison complète. Après l'incision et le curettage, on se trouvera bien de nettoyer le fond de la plaie avec la solution de chlorure de zinc au 1/12 et de le tamponner avec une mèche de gaze aseptique qui ressortira par les lèvres de la plaie, en formant drain pendant 24 ou 48 heures.

D[r] Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'encombrement médical

Cher Directeur,

En retrouvant dans la lettre de M. le Dr Boyer (nº 19 du journal) les arguments, les comparaisons, les termes mêmes, dont je me suis servi (nºs 1 et 15), pour présenter le premier mon projet de *limitation des clientèles*, je suis bien obligé d'admettre que notre confrère n'avait pas lu mes articles, ou que, ne destinant pas sa lettre à la publicité, il a voulu seulement appuyer près de vous une proposition sur laquelle il est, comme d'autres sans doute, en communauté d'idées avec moi.

Quoi qu'il en soit, la question de priorité n'étant pas douteuse, je saisis l'occasion de relater le langage que me tenait récemment un praticien que l'âge et l'expérience ont rendu très avisé en la matière.

Ayant été conduit à enfourcher devant lui mon dada favori, je lui faisais valoir tous les avantages de la limitation des médecins par voie de concours.

« Voyez-vous, me répondit-il, en souriant finement, je crains bien que toute cette campagne et tous ces beaux projets ne restent lettre morte. L'encombrement existe à n'en pas douter : nous sommes maintenaint sept dans une ville où nous avons vécu longtemps quatre, sans que la population ait à se plaindre : il augmentera encore ; mais le remède ne peut venir de nous, médecins.

— « Et de qui donc ? objectai-je.

— « Des pouvoirs publics. Quand notre nombre se sera tellement accru, qu'il deviendra matériellement impossible de vivre de *l'exercice honnête* de la profession, alors s'accroîtra parallèlement le nombre de ceux qui se laisseront aller à recourir aux compromissions, aux entreprises louches, aux actes condamnables... Et alors, alors seulement, la société qui se sentira menacée, ouvrira les yeux et ceux qui ont mission de la protéger, de la défendre seront contraints de prendre des mesures efficaces. Le mal venant de l'excès, on luttera contre cet excès, *on limitera*........ »

Ces paroles dans la bouche d'un honorable et distingué collègue avaient je ne sais quoi de prophétique qui m'a péniblement impressionné. Elles respiraient d'ailleurs un tel pessimisme, que je me suis promis de faire connaître cette manière de voir de l'un des nôtres et de stimuler ainsi l'apathie de ceux qui doutent encore. Ainsi, voilà ce qui nous attend ! le discrédit, l'avilissement, la déchéance morale d'une corporation dont tout le passé est d'honneur et de considération, amenant une intervention légale de l'Etat pour réprimer un mal inéluctable ?

Ne vaudrait-il donc pas mieux, avant que cette époque de décadence professionnelle arrive, ne vaudrait-il pas mieux s'atteler courageusement à la tâche et mettre en œuvre tous les leviers dont nous pouvons disposer pour aboutir à un résultat satisfaisant ?

Espérons que du concours ouvert par notre vaillante administration, sortira une œuvre d'ensemble qui donnera la solution la plus voisine de la perfection. Espérons aussi, et je termine sur ce mot, que cette solution ne demeurera pas théorique, mais que tout le corps médical français, intéressé au succès de l'entreprise, donnera *comme un seul homme* pour le triomphe de la bonne cause.

Ferrières, le 14 mai 1900.

Dr Duchesne.

L'encombrement médical.

Monsieur le Directeur,

La sage campagne menée par le « *Concours médical* » pour lutter contre l'encombrement professionnel fait jaillir de çà de là des idées de toute nature. On finira par établir des rapports entre ces idées et il faut espérer qu'il s'en dégagera quelque chose, pour le grand bien de notre chère profession.

Pour le moment, que chacun apporte sa pierre. Mais faut-il uniquement compter sur la solution héroïque qui, ainsi qu'un soleil éclatant, apparaîtra tout à coup comme l'idéal rêvé, ou, en attendant, ne faut-il pas employer tous les moyens capables d'apporter immédiatement des résultats pratiques ? C'est la voie adoptée par le *Concours médical* et c'est dans son esprit que j'écris ces lignes. Or donc, voici ma pierre, oh, pas neuve !...

Ne sommes-nous pas en plein règne de l'exercice illégal de la médecine ? Le plus grand nombre de nos malades nous arrivent après avoir pris force drogues, généralement mal appropriées à leur cas, d'ailleurs. Nous nous trouvons pour ainsi dire impuissants devant les faits, tellement ils sont nombreux. Il nous semble alors que la loi se montre trop indulgente vis-à-vis de ceux qui, sans diplôme, soignent les malades. Et ils sont légion, depuis le fabricant du remède infaillible qui agit, par esprit de lucre, jusqu'à la bonne personne *humaniteuse* qui met sur le mamelon excorié d'une jeune mère une *vieille* casquette de loutre bien *chaude*, pour faire *tirer*. D'ailleurs ça réussit. (Authentique.)

Et ce monde agit avec une parfaite sérénité de conscience, l'un heureux de l'engraissement de sa bourse, l'autre palpitant du bonheur d'être utile à ses semblables.

A qui la faute ? Aux seuls médecins. Il y a une vérité dont nous sommes, je pense, tous pénétrés, mais qu'il s'agit de faire fructifier. Il meurt tous les jours des gens qui ont laissé s'implanter insidieusement en eux une maladie grave, non parce qu'il ne se sont pas soignés, mais parce qu'ils ont suivi toutes sortes de conseils, employé toutes sortes de médicaments préconisés par les journaux.

Exemple : Voici un homme qui tousse depuis quelque temps. Un journal, un prospectus lui annonce, avec toutes preuves à l'appui, que toutes les bronchites sont guéries par l'emploi de telle ou telle pastille, telle ou telle pilule ou solution. Vite notre homme achète la panacée dont l'opium pourra calmer la toux pendant quelque temps ; puis viendront une certaine déperdition des forces, des crachements de sang. Alors il se décidera à consulter, et le médecin diagnostiquera une tuberculose au 2e ou 3e degré. Voilà un homme à la mer. Pourquoi ? parce qu'il est permis de proclamer qu'un médicament guérit toutes les bronchites.

Autre cas : Une jeune femme, par suite de déviation utérine ou pour toute autre cause, est sujette à la constipation. Vite les pilules tant vantées et si précieuses (oh combien !) qui amèneront la libre et quotidienne évacuation. Naturellement, des pilules à base d'aloès, et alors, voici venir le cortège des affections accompagnant les congestions des organes du petit bassin avec leur interminable évolution et leur cercle vicieux d'inextricables complications.

Enfin un troisième et dernier exemple qui me semble typique : Un homme souffre de céphalées, de crampe dans les mollets. Il ira demander des cachets d'antipyrine à un pharmacien et, profitant de l'occasion : Dites-moi, Monsieur, je souffre aussi de crampe dans les mollets. — Ce n'est rien, reposez-vous. Quelques frictions et tout sera dit.

Le voilà rentré chez lui, pendant quelque temps, il lui semble qu'il est soulagé. Un jour il rencontre le curé du bourg, brave homme de bon conseil, ayant l'habitude des malades. Il lui racontera que depuis quelque temps il se passe de drôles de choses dans sa vue. — Ce n'est rien, tout le monde ressent ça. — Et puis, j'ai toujours froid aux jambes. — Je pense bien il fait un froid de loup. — N'avez-vous jamais senti une sorte d'engourdissement des doigts ? Il semble que le doigt est comme mort ? — Voyons, allez-vous faire attention à ces vétilles. Malade ! allons donc, mangez bien, nourrissez-vous.

Bientôt la dyspnée viendra; après avoir soigné son *asthme*, craignant une maladie de poitrine, il finira par aller trouver le docteur. Celui-là seul pourra établir un lien entre ces données disparates, et bientôt, voilà qui sera fait : un mal de Bright avéré, mal soigné depuis de longs mois, augmenté par des drogues analgésiques variées et antiasthmatiques, des fortifiants de toutes sortes, sera diagnostiqué, et le malade paiera cher ses tergiversations.

Je n'ai pas eu l'intention, en écrivant ces lignes, de faire une allusion malveillante. Ces conseilleurs auront agi de bonne foi; ils ignoreront toujours avoir participé à une œuvre néfaste.

C'est au médecin à faire comprendre combien l'art médical est difficile, compliqué, rempli de nuances capitales. C'est à lui à faire comprendre que la toux n'est pas une maladie et qu'il ne suffit pas de la calmer pour guérir le mal. C'est à lui à faire comprendre qu'il faut savoir de l'anatomie et de la pathologie pour rentrer une hernie engouée et appliquer un bandage. Le mensonge qui ne peut que rapporter de l'argent à celui qui le professe, importe peu, mais quand il peut être cause de mort, c'est autre chose. Et tous les jours, nous trouvons des estomacs délabrés par toutes sortes de stomachiques, et tous les jours il meurt des tuberculeux victimes de honteuses réclames ; et tous les jours des enfants meurent parce que, atteints de coqueluche, ils ont été intoxiqués par toutes sortes de médicaments plus ou moins anticoquelucheux ou parce qu'une broncho-pneumonie a été prise pour un gros rhume et que ce gros rhume a son remède souverain indiqué dans la cervelle des conseilleurs, ou dans le Journal de la famille.

Ce qu'il importe à nous, médecin, c'est d'être convaincus et de convaincre ensuite le public et le législateur que nul *autre que le médecin n'a le droit de formuler telle ou telle préparation et d'en faire l'application dans tel ou tel cas, autrement il peut y avoir danger de mort pour le patient. Or, le cas est fréquent, de tous les jours, banal.*

Il ne faut pas interpréter seulement le texte, mais aussi l'esprit de la loi et celui qui affirme guérir une bronchite quelconque, par un remède approprié, se met dans le même cas que s'il allait voir et soigner un malade. Et puis, si la loi est mal faite, il faut la réformer. Tout progresse, tout se transforme autour de nous. Serions-nous donc arrivés à la perfection ? Le législateur, de bonne foi sans doute, ne voit dans l'acte de celui qui exerce illégalement la médecine, *qu'un manque de droit d'exercer. Et c'est là le tort. Il y a plus : il y a très souvent homicide.*

Recevez, Monsieur le Directeur, mes salutations confraternelles.

Dr Eug. Henriet,
à Orchamp-Vennes (Doubs),
ancien interne des hôpitaux de Besançon.

BULLETIN DES SYNDICATS

et Sociétés locales.

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

Séance du 26 Avril 1900.

Etaient présents : MM. les docteurs Askinasis, de Carrières-Saint-Denis ; Bertillon, de Maisons-Laffitte ; Bourgeois, de Sèvres ; Calbet, de Chatou ; Giberton-Dubreuil, de Jouy-en-Josas ; Darin, de Chaville ; Debord, d'Orsay ; Dupaigne, de Louveciennes ; Gille, de Garches ; de Grissac, d'Argenteuil ; Guillermet, de Chatou ; Groussin, de Bellevue ; Jeanne, de Meulan ; Landry, de Maule ; Lécuyer, de Chatou ; Le Menant des Chesnais, de Ville-d'Avray ; Licke, de Maisons-Laffitte ; Logerot, d'Orsay ; Mignon, des Mureaux; Pannetier, de Triel ; Pluyaud, de Houilles ; Renous, de Croissy ; Rigabert, de Marly ; Rist, de Versailles ; Ribard, de Meudon ; Rochefort, de Chatou ; Rousseau, de Conflans ; Vauthier, de Jouy en-Josas ; de Saint-Cyr de Montlaur, de la Celle-Saint-Cloud.

Excusés : MM. les docteurs Bellière, de Plaisir-Grignon; Dinan, de Vigny; de Fourmestreaux, de Versailles : Héliot, de Meulan ; Lauth, du Vésinet ; Martin, d'Orgeval, Puech, d'Argenteuil; Pecker, de Maule ; Faraggi, de Houilles ; Surre, de Saint-Cloud.

La séance est ouverte à 4 heures 1/2, à l'hôtel Terminus, sous la présidence de M. le Dr Jeanne, président.

M. le Dr Jeanne. — Messieurs, nous avons d'abord à nous prononcer sur l'admission de deux nouveaux confrères, M. le docteur Amouroux, présenté par MM. Christen et Gille ; et M. le docteur Bastard, de Ville-d'Avray, présenté par MM. des Chesnais et Mignon.

Je mets aux voix l'admission de ces deux confrères :

L'admission est votée à l'unanimité.

M. le Dr Calbet donne ensuite lecture du rapport financier.

État des dépenses et des recettes pour l'année 1899.

Recettes.

En Caisse au 19 avril 1899..........	813 fr. 10
Encaissé le 20 avril 1899............	517 » 00
Encaissé le 12 octobre 1899.........	254 » 00
Reçu du docteur Ferrey............	50 » 00
Recouvré en novembre 1899........	270 » 80
Encaissé le 21 décembre 1899.......	12 » 00
Total................	1.916 » 90

Dépenses.

Quatre locations de salle et pourboires........................	86 fr. 70
Cotisation à l'Union des Syndicats..	114 » 15
Note Roger (Imprimeur)............	13 » 00
Note Daix (Imprimeur).............	37 » 90
Note Des Chesnais (1898-99).........	225 » 35
Secrétaire.........................	9 » 10
Trésorier..........................	19 » 00
Banquet...........................	295 » 75
Total................	800 » 95
En caisse............	1.115 » 95
Total égal...........	1.916 » 90

En caisse ainsi représenté :

Livret de caisse d'épargne n° 78, 107.578........................	550 fr. 00
Cinq actions Financière médicale, n°s 0.372, 0.373, 0.374, 0.375, 0,376..	500 » 00
En caisse.........................	65 » 95
Total................	1.115 » 95
Sommes dues par les membres du Syndicat.........................	9 » 00

Le 25 avril 1900.

Le Trésorier : B. Calbet.

Le rapport est adopté à l'unanimité, et de vives félicitations sont adressées au Trésorier.

Amendes.

M. le Président. — L'ordre du jour appelle la question des amendes. La parole est à M. Rigabert.

M. Rigabert. — Je propose qu'en cas d'excuse légitime, l'amende soit supprimée ; mais je n'admets en aucune façon les excuses habituelles données une fois pour toutes, et pour celles-là, je demande le maintien de l'amende entière.

M. de Grissac. — Je ne suis pas d'avis de supprimer complètement l'amende ; c'est un principe auquel nous ne devons pas toucher. Seulement, et bien entendu hors les cas de maladie ou de force majeure, où il n'y a pas d'amende à verser, je propose que l'amende soit diminuée, quand le confrère prend la peine d'envoyer une excuse.

M. Darin. — Si nos finances sont prospères, je pense qu'on peut supprimer l'amende des excusés.

M. de Grissac. — J'insiste sur le maintien du principe en acceptant une diminution du prix de l'indemnité.

M. Lécuyer. — C'est, en effet, dans ce cas non une amende, mais une indemnité.

M. Rist. — Il faut nécessairement différencier les absences excusées, de celles qui ne le sont pas.

M. Giberton. — On pourrait n'appliquer l'amende qu'aux récidivistes de l'absence.

Plusieurs membres : C'est bien difficile à appliquer.

M. Rigabert. — Je propose une amende de 6 francs, en cas d'absence non excusée, et 1 fr. en cas d'excuse.

M. Giberton. — Je demanderai que l'amende soit levée à la séance précédant le banquet obligatoire, puisque le fait de ne pas assister au banquet qu'on a payé, constitue déjà une amende suffisante.

M. Jeanne. — Ce n'est pas une raison suffisante. Nous n'avons que deux séances obligatoires par an ; il faut tenir la main à ce qu'elles soient suivies assidûment.

Je mets aux voix le principe de l'amende. « Adopté. »

M. Jeanne. — Je mets aux voix la proposition Rigabert.

Pour le statu quo : pour 9 voix.
contre 15 voix.

La diminution de l'amende en cas d'excuse est adoptée.

Pour le taux de l'amende à 2 fr. 2 voix
à 1 fr. 11 voix pour
7 voix contre.

La proposition Rigabert, réduisant à 1 franc le taux de l'amende en cas d'excuse est adoptée.

Monsieur le docteur Pannetier propose ensuite de créer, dans le Syndicat, une Caisse de Bienfaisance ayant pour but de combler la lacune qui résulte de la récente modification apportée au fonctionnement de l'Association Générale.

Plusieurs confrères, et en particulier M. le Dr Rist, président de la Société locale, font remarquer les inconvénients qui résulteraient de cette création, et aucune décision n'est prise à ce sujet.

Assistance médicale.

M. des Chesnais. — Il serait intéressant de savoir de chacun de vous comment est appliquée, dans votre clientèle, l'assistance médicale gratuite, beaucoup de communes cherchant à faire les économies sur le dos du médecin.

M. Jeanne. — J'ai déjà fait remarquer à M. de Fourmestreaux qu'en Seine-et-Oise, il n'y a pas obligation absolue pour les communes d'appliquer la loi d'assistance, et que certaines de ces communes esquivent ouvertement les charges que leur créerait l'application de cette loi.

Si chacun de nous prenait le soin d'inscrire sur le livret de maladie le nom du malade en traitement, la Préfecture n'aurait qu'à relever ces noms, et à faire payer d'office par la commune tout ce qu'elle voulait éviter de payer en n'inscrivant, par exemple, sur les livrets qu'un ou deux membres d'une famille indigente de sept ou huit membres. J'ai remis à M. de Fourmestreaux un travail d'ensemble sur ce sujet ; il s'en occupe en ce moment au Conseil Général.

L'administration a d'ailleurs l'air de vouloir s'occuper, elle aussi, de la question. J'ai reçu du Préfet une demande de renseignements sur la façon dont sont payés les accouchements chez les indigentes. J'ai répondu qu'il n'y avait rien de fixé à ce sujet et j'ai proposé 15 francs pour les sages-femmes et 25 francs pour les médecins.

Hommage à MM. Cézilly et Gassot.

Dr Jeanne. — Messieurs, vous savez sans doute qu'à l'occasion des vingt ans du Concours Médical, nous avons l'intention d'offrir à MM. Cézilly et Gassot, une marque de reconnaissance pour les immenses services qu'ils ont rendus au Corps médical tout entier. Ici, presque tous nous sommes Membres du Concours ou de ses Œuvres. Vous avez d'ailleurs offert à M. Cézilly, la présidence d'honneur de votre Syndicat. Puisqu'une souscription est ouverte pour lui offrir, ainsi qu'à M. Gassot, que vous connaissez aussi tous, une œuvre d'art, je propose que notre Syndicat prenne part, en tant que Syndicat, à cette manifestation de reconnaissance, et je mets aux voix le vote de la somme à verser.

Une somme de cinquante francs est votée à l'unanimité.

Questions diverses.

Monsieur le Président. — Quelqu'un a-t-il une proposition à faire ?

M. Lécuyer. — En cas de litige, après soins donnés à un ouvrier, qui dois-je poursuivre du patron ou de l'ouvrier ?

M. Jeanne. — C'est le patron pour le paiement des certificats et l'ouvrier pour les soins proprement dits, solidairement avec son patron, sans s'occuper des Compagnies d'assurances, que nous devons ignorer, et devant le juge de paix du lieu où s'est produit le sinistre, et quel que soit le montant de la note.

Vous trouverez, dans les mairies, des modèles officiels de certificats.

M. Lécuyer. — Et qui est responsable des soins donnés à des nourrissons ?

M. Jeanne. — C'est la nourrice.

M. Pannetier. — Cependant, quand les parents s'en chargent, en le declarant sur la feuille de placement, c'est à eux de payer.

M. Jeanne. — Nous ignorons, nous, cette déclaration qui n'a de valeur qu'envers la nourrice. Chargeons M. des Chesnais de demander à Me Simon, notre conseil, une consultation à ce sujet. (Adopté.)

M. de Grissac. — Le Syndicat de Pontoise, dont je suis membre, a voté à l'unanimité d'organiser pendant l'Exposition, une séance suivie d'un banquet, auxquels seraient conviés tous les médecins syndiqués de notre département. Je demande au Bureau de s'aboucher avec les autres Syndicats et d'essayer l'organisation de ce petit Congrès départemental.

Divers confrères prennent ensuite la parole pour étudier les divers moyens de réaliser cette réunion exceptionnelle. Il est décidé que les Bureaux des divers Syndicats se réuniront à l'effet d'étudier en détail ce qu'on pourra faire, pour mener à bien l'idée du Syndicat de Pontoise.

La séance est levée à 6 heures et demie.

Dr Mignon.

Nota : Suivant l'engagement pris à la séance, le Bureau informe les Membres du Syndicat que le Conseil Général a renvoyé à la session d'août la question du Tarif chirurgical.

REPORTAGE MÉDICAL

Écho confraternel de Belgique. — Le *Scalpel*, par la plume de son Directeur, M. le Dr Dejace, annonce en ces termes à ses lecteurs la petite manifestation de reconnaissance qui s'organise en l'honneur de MM. Cézilly et Gassot :

Il y a plus de vingt ans que le Dr Cézilly a fondé cette œuvre intéressante dénommée : Le Concours médical. L'entreprise de notre vaillant et dévoué confrère a prospéré et grandi. Grâce à l'incessant labeur, à l'absolu attachement aux intérêts professionnels, de son fondateur, le Concours médical a groupé un nombre énorme de confrères Français.

De la graine modeste confiée à la terre est sorti un arbre vigoureux dont le tronc robuste supporte la ramure touffue d'œuvres diverses : syndicats, caisse de pensions, société amicale, sou médical, etc.

Toutes ces associations sont nées de l'œuvre primitive du Dr Cézilly, ont été propagées et défendues par lui et son collaborateur le Dr Gassot.

Dans un élan de reconnaissance, les médecins Français ont décidé d'offrir à ces deux sympathiques défenseurs des causes professionnelles : Cézilly et Gassot un banquet de reconnaissance et une œuvre d'art.

Nos félicitations aux vaillants qui ont mérité cet hommage, aux soldats qui en ont conçu la reconnaissante pensée. »

A notre tour, et tout en remerciant chaleureusement notre confrère, assurons-le que tous les médecins clairvoyants du pays de France suivent avec une ardente sympathie les énergiques efforts d'émancipation que tente la presse médicale belge, sur les mêmes terrains où nous avons obtenu de si brillants résultats.

Compte rendu des Congrès. — Nous avions annoncé que le *Bulletin médical* se chargeait du compte rendu des congrès médicaux. Après calculs, ce journal s'est aperçu qu'il se lançait dans une entreprise dont il n'avait pas calculé l'énormité et le coût. On nous apprend qu'il y a renoncé. Dont acte. Chaque journal opérera à son gré et selon ses convenances. Seule, une association internationale de la presse, si elle réunissait un nombre considérable de journaux, pourrait mener à bien cette tâche si difficile actuellement.

M. Chauffard s'efforcera, avec les ressources du congrès de médecine, de fournir des comptes rendus abrégés.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4502. — M. le docteur de Saint-Florent, de Saint-Junien (Haute-Vienne), membre de l'Association et du Syndicat de la Haute-Vienne.

N° 4503. — M. le docteur Foillard, de Tullins (Isère), membre de l'Association des médecins de l'Isère et du Syndicat du Sud-Est.

N° 4504. — M. le docteur Aubineau, de Brest (Finistère), membre de l'Association des médecins du Finistère.

N° 4505. — M. le docteur Douare, de Saint-Simon-de-Bressieux (Isère), présenté par M. le docteur Rouvier, de Voiron, et membre de la Société de médecine de l'Isère.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Casanova, de Constantine, et Moncoq, de Caen (Calvados).

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 23 9 JUIN 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Hommage à MM. les docteurs Cézilly et Gassot.

SIXIÈME LISTE DE LA SOUSCRIPTION

MM. les docteurs Guichamans, d'Arzacq (Basses-Pyrénées) ; Mathieu, de Wassy (Haute-Marne) ; Fayard, du Péage-de-Roussillon (Isère) ; Breitman, de Montesson (Seine-et-Oise) ; Guyon, de Nantes (Loire-Inférieure) ; Baronnet, de Paris ; Pintaud-Desallées, de La Rochefoucauld (Charente) ; Jacquot, de Creil (Oise) ; Villeprand de Manosque (Basses-Alpes) ; *Syndicat des médecins de la Haute-Garonne* ; Augé père, de Pithiviers (Loiret) ; Bauxis-Lagrave, d'Aulnay-les-Bondy (Seine-et-Oise) ; B... à R... (Seine-et-Oise) ; Guyard, de Malesherbes (Loiret) ; Cassan, de Nîmes (Gard) ; Selle, de Paris ; Roger, de Hédé (Ille-et-Vilaine) ; Bataille, de Rouen (Seine-Inférieure) ; Veyret, de Courpière (Puy-de-Dôme) ; Peretti, d'Aïn-Témouchet (Oran) ; Arluison, d'Ozoir-la-Ferrière (Seine-et-Marne) ; Dimey, des Andelys (Eure) ; Petitjean, de Jouarre (Seine-et-Marne) ; Sypiorski, de Mont-Saint-Martin (Meurthe-et-Moselle) ; Bardy, de Belfort (Haut-Rhin) ; Auguste Augé, de Pithiviers (Loiret) ; Ravaud, de Witry-les-Reims (Marne) ; Courtault, de Royat (Puy-de-Dôme) ; Bec, de Fleurie (Rhône) ; Canu, de Crécy-sur-Serre (Aisne) ; Letarouilly, de Saint-Pair (Manche) ; Jardin, d'Auray (Morbihan) ; Rabourdin, de Voves (Eure-et-Loir) ; Lejeune, de Meursault (Côte-d'Or) ; Rabjeau, d'Ingrandes (Eure-et-Loir) ; Rolland, de Toulouse ; *Bulletin d'oculistique de Toulouse* ; Bonnet, de Neuville-sur-Saône (Rhône) ; Raoul de Villeneuve-le-Guyard (Yonne) ; Liénard, de Pont-de-Beauvoisin (Savoie) ; Coutand, de Saumur (Maine-et-Loire) : Delarue, de Mortcerf (Seine-et-Marne).

Total des sommes reçues à ce jour : **1.750** *francs.*

PROPOS DU JOUR

Contre l'alcoolisme dans la marine

Décidément, une heureuse émulation s'établit, dans le monde officiel, pour frapper sur l'alcoolisme.

Après la circulaire Galliffet, nous avons la circulaire de Lanessan.

Mais, celle-ci est plus timide, moins radicale : nous en éprouvons un regret pour diverses raisons.

La première est que, émanant d'un médecin, on eût aimé voir cette mesure traduire clairement, presque brutalement, une conviction forte et scientifiquement acquise.

La seconde est qu'elle sera discutée, et plus ou moins heureusement atténuée, par des incompétents, à l'heure de l'application.

La troisième, enfin, est que le Ministre semble avoir plutôt visé l'ivresse, avec ses conséquences d'indiscipline, que les habitudes d'alcoolisation.

Quoi qu'il en soit, voici comment il formule sa décision :

« J'ai pensé qu'il y avait lieu de réglementer la vente des boissons alcooliques, plutôt que de les éliminer totalement des cantines, et j'ai arrêté, à cet effet, les dispositions ci-après :

La vente des boissons fermentées : vin, bière, cidre, poiré et celle de toutes les boissons usuelles ne renfermant pas d'alcool (café, thé, lait, chocolat, etc.) est autorisée sans restrictions, dans les cantines des établissements militaires (casernes, quartiers, camps, dépôts, postes militaires, champs de tir, terrains de manœuvre).

Quant à la vente des boissons à base d'alcool, elle pourra être tolérée, mais sous la surveillance attentive des chefs de corps, qui devront, en particulier, éliminer les boissons reconnues nocives, telles que l'absinthe et toutes les liqueurs de marque inférieure. La consommation journalière devra en être réglementée de manière à ne pas dépasser un maximum, qui sera fixé en tenant compte de l'effectif et du nombre des rengagés.

Enfin, les chefs de corps ne devront pas hésiter à consigner, pour un ou plusieurs jours, les cantines, où un cas d'ivresse aurait été constaté, quelle qu'ait été la boisson consommée.

Afin de me permettre d'apprécier s'il ne conviendrait pas de prescrire de nouvelles mesures restrictives, je vous prie de vouloir bien me faire parvenir, dans un délai de trois mois, un rapport spécial sur le fonctionnement des cantines, faisant connaître si les résultats obtenus sont entièrement satisfaisants. »

Retenons l'engagement pris au dernier alinéa de la circulaire, et souhaitons que les rapports des subordonnés à leur chef soient rédigés avec une conscience et une sincérité parfaites.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le traitement de la séborrhée du cuir chevelu d'après Brocq.

1° Nettoyer souvent la tête avec du savon de Panama au goudron.

2° Lotionner le cuir chevelu (en écartant les cheveux) au moyen d'un tampon d'ouate et de :

Soufre précipité.......	15 à 25	grammes.
Alcool camphré.........	25 à 50	—
Glycérine pure........	8	—
Eau distillée de roses.. } Eau distillée........... }	ââ 125	—

(Agiter vivement.)

3° Sécher la tête avec des linges chauds, sans frotter.

4° Quand la couche de soufre devient trop abondante, se servir du savon de Panama, puis sécher avec un peu d'éther de pétrole ; et recommencer les applications soufrées, après la lotion au pétrole, comme précédemment.

Si les malades ne veulent pas accepter le soufre, on fera :

1° Une fois par semaine une lotion avec :

Acide lactique......	0 gr. 50 à 1	gramme.
Acide borique......	2 gr. à 5	—
Esprit de vin rectifié	40	—
Eau distillée........	220	—

2° Une autre fois, lotionner avec :

Borate de soude..........	15 gr. à	20 gr.
Ether sulfurique camphré.	10 gr. à	30 —
Eau distillée.............		250 —

(Agiter.)

3° Une autre fois, lotionner avec :

FEUILLETON

Mes Concurrents

Chacune des communes qui m'avoisinent, y compris celle que j'habite, est pourvue d'une bonne sœur, d'une bonne mère, ordinairement désignée sous le nom, connu de tous, de sœur des malades.

Cette appellation, tutélaire et protectrice, réveille en nous, praticiens déjà vieillis sous le harnais, nos souvenirs d'étudiants. Nous la voyons, cette sœur des malades, sous sa cornette blanche et son chapelet à gros grains fixé au côté, circuler dans la salle toujours encombrée de lits et de brancards. Elle effleure à peine le parquet, elle est encore jeune ; sa figure, au teint mat, ne décèle, du moins en apparence, aucune de ces passions qui ravagent notre existence parce que nous ne savons, ni les éviter, ni nous en défendre.

Sans effort, pour chaque malheureux, elle trouve des paroles de commisération et de sympathie. Chaque malade, inconnu d'elle la veille, lui est familier dès le lendemain. Elle sait le pénétrer, gagner sa confiance ; elle s'insinue en lui sans la moindre violence grâce à l'autorité inhérente au costume, grâce au respect atavique mêlé, un tant soit peu, de crainte et de frayeur de l'éternel *au-delà*. Ce malade, venu parfois des milieux les plus sordides et les plus vils, se transforme, peu à peu, en un être docile, étonné et surpris quand une imprécation s'échappe de sa bouche sous l'influence de l'habitude acquise pendant de longues années.

L'œuvre bienfaisante de la sœur des malades, œuvre qui s'ajoute à la nôtre et la rend plus parfaite ne s'efface pas aisément de notre mémoire. Nous avons pour elle de la vénération, et, quand parfois, nous rencontrons cette femme au chevet de l'un de nos malades, nous lui témoignons considération et respect. Elle bénéficie des images multiples qui sont restées gravées en nous. Nous lui attribuons le même désintéressement, la même bonté, le même désir unique et exclusif de tout autre de venir en aide à la souffrance, d'atténuer et de calmer les innombrables maux, dont notre pauvre humanité est accablée.

Ces illusions du jeune âge, de cette trop courte période de notre existence, pendant laquelle la lutte pour le morceau de pain quotidien est un mythe, ne tardent pas à s'effacer, du moins chez le médecin de campagne qui, lui, vit, plus que tout autre, au milieu d'une population pleine de superstitions et de préjugés.

Dans nos pays ruraux, la sœur des malades est ordinairement une femme qui approche de la quarantaine ou l'a déjà dépassée. Les alluvions de tissu adipeux, charrié et déposé un peu partout dans son organisme, alourdissent sa démarche et la rendent plus imposante. Un léger duvet ombre sa lèvre supérieure et lui donne une apparence masculine. Cette femme devient peu à peu un être hybride, sans sexe, aux yeux sans regard, aux joues flasques, à la chair molle, bouffie de graisse.

Ordinairement, la sœur des malades jouit des revenus d'un legs fait à titre perpétuel ou d'une rente, viagère et passagère faite par le châtelain local qui veut, par ce moyen, maintenir sa puissance seigneuriale dans la région. Il est, dès lors, facile de concevoir combien cet être, rempli, en apparence,

Bicarbonate de soude...... 2 grammes.
Aqua simplex............. 100 —

Ces trois lotions se feront dans la semaine.

Faut-il ouvrir les abcès amygdaliens ?

« En présence d'un abcès de l'amygdale, dit le Dr Marfan, dans une récente leçon clinique, la première tentation qu'on ait, pour soulager le patient, c'est d'ouvrir immédiatement son abcès ; on se dit qu'une fois ouvert, il guérira de suite.

Cependant, il serait mauvais de céder à ce raisonnement et il faut savoir qu'on ne doit pas intervenir chirurgicalement. Je ne connais pas d'échec amené par l'abstention, tandis que j'en connais, au contraire, un grand nombre survenus après une ouverture au bistouri, même pour un abcès gros comme une noisette, qui se serait très bien évacué spontanément par un crypte de l'amygdale.

Ainsi, n'intervenez pas. Je vous le recommande avec autant d'instance que l'on en met à montrer l'urgence d'une opération dans le cas d'abcès rétro-pharyngien. L'abcès rétro-pharyngien n'a aucune tendance à s'ouvrir : ouvrez-le donc au plus tôt ; laissez, au contraire, le phlegmon amygdalien s'ouvrir tout seul; c'est sa terminaison naturelle ; il y arrive aisément, tandis que vous aurez mille difficultés à le rechercher avec votre bistouri.

Dans ces conditions, le traitement se borne à recommander le repos, à conseiller des gargarismes, à donner quelques doses de sulfate de quinine ou d'antipyrine. Le jour où l'abcès s'évacuera, le trismus disparaîtra et les gargarismes achèveront la guérison.

Conclusion : ne pas ouvrir un phlegmon amygdalien est la meilleure pratique.

Radioscopie et clinique.

L'enthousiasme provoqué, au début, par l'apparition de la méthode des rayons X à l'exploration des organes du corps humain, est déjà actuellement bien calmé et les conséquences de la découverte de Rœntgen, au point de vue médical, commencent à être ramenées à leur juste valeur.

A la Société de chirurgie, M. Championnière a fait justice de cette prétendue rigueur scientifique que l'on voulait donner à tous les clichés radiographiques des fractures et il a montré que, si, dans certains cas, la radiographie dévoilait des erreurs d'interprétations, elle en provoquait pour le moins, un aussi grand nombre.

A la Société de Médecine des Hôpitaux, les Drs Variot et Chicotot ayant montré des instruments de radioscopie qui leur permettent de faire, avec une très grande approximation, la mensuration du volume du cœur, et ayant cité des cas étiquetés *hypertrophiés* par la clinique et reconnus *normaux* par la radioscopie, M. le professeur Potain a été amené à dire ce qu'il pense de ce nouveau procédé d'examen du cœur. Pour lui, c'est évidemment une méthode précieuse, mais qui ne saurait détruire complètement les méthodes d'examen plus anciennes et classiques ; d'abord parce que malades et appareils sont difficiles à transporter ; ensuite parce que le maniement de ces appareils est délicat, et que de ce fait les erreurs d'interprétation sont possibles. M. Potain a souvent vu venir à lui des malades porteurs de radiographies indiquant soit des hypertrophies du cœur, soit des anévrysmes. Au résumé, ces malades n'avaient rien. On conçoit dès lors où peut en-

---

de commisération et de bonté, détient un pouvoir considérable et peut devenir dangereux pour le médecin, qui ne sait pas ou ne veut pas composer avec lui.

Toutes les portes s'ouvrent à deux battants devant la sœur des malades. Les bourgeois, jaloux du médecin, avides de se passer de lui, toujours prêts à critiquer son traitement et ses notes, la consultent tout d'abord. Les humbles et les pauvres font appel à ses lumières, parce qu'ils savent trop bien qu'elle détient une grande influence, que travail et secours ne leur viendront que par son intermédiaire.

Suivant le cas, la bonne sœur, plus ou moins teintée de vulgaire médecine, saura conseiller un sirop à l'asthmatique, un dépuratif à l'enfant qui a des *glandes*, un vermifuge pour celui qui se gratte trop souvent le nez. Si le malade est couché, elle n'hésitera pas à lui panser son vésicatoire, à lui border son lit, à lui ordonner la meilleure tisane. Elle soigne les panaris, les furoncles, les ulcères et les refroidissements, causes à ses yeux, de tant de maladies. Elle a des onguents doués de propriétés mystérieuses, incomparables.

Les remèdes que prescrit la bonne sœur, ce n'est pas le pharmacien qui les fournit. Ils coûteraient trop cher et seraient moins efficaces. La sœur des malades les délivre elle-même, et, malgré l'opinion répandue, ce n'est pas à prix réduit. Sûre de l'impunité, elle exerce la pharmacie et ne paie pas le moindre impôt. Elle reçoit ses produits tout préparés par quelque maison de droguerie bien pensante, qui en profite pour écouler une foule de spécialités anonymes, dépourvues de toute valeur thérapeutique.

La sœur des malades exerce son œuvre de dévouement apparent et de mercantilisme réel, au vu et au su de tout le monde. Elle cumule l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. Rarement, elle est dénoncée ; jamais poursuivie, sous le fallacieux prétexte qu'elle n'a que des remèdes simples à l'usage gratuit des malheureux. Si par un hasard extraordinaire, elle est appelée au tribunal, malgré le monceau de preuves accumulées, malgré la multiplicité des faits patents révélés par l'enquête la plus superficielle, la bonne religieuse est acquittée. Elle reçoit les excuses de ses juges et s'en revient en son logis, la tête haute, portant désormais le front nimbé de l'auréole des martyrs.

Cette puissance, le médecin la connaît et il compte avec elle. Il sait que, du moins au début, sa science ne lui suffit pas pour lui assurer une clientèle. Il sait que, de la bonne sœur dépend l'opinion qu'on aura de lui dans le pays où il a installé ses pénates. Il redoute cette femme dispensatrice de réputation, de considération et de gains futurs. Ses collègues et lui se la disputent et s'estiment très heureux de posséder ses bonnes grâces. Si elle est malade elle n'a qu'à faire un signe pour avoir un médecin à son chevet. Quoiqu'elle n'ait aucun titre, ni aucun droit à notre générosité professionnelle, elle n'en est pas moins soignée gratuitement.

Telle est la sœur des malades à la campagne. Le portrait que j'ai essayé d'en esquisser, paraîtra, j'en suis sûr, juste et vrai à tous ceux de mes confrères ruraux qui ont fatalement des relations presque quotidiennes avec elle.

Dr GACHE.

---

traîner cette méthode, entre des mains inexpérimentées... ou peu délicates ! Et puis, la mensuration du cœur au millimètre est-elle indispensable ? En somme, M. Potain dit textuellement « que la radioscopie lui a donné une extrême confiance dans la percussion ».

Le pain des diabétiques.

« Supprimer ou tout au moins diminuer dans de larges proportions l'apport des substances amylacées, dans l'alimentation habituelle du diabétique, est devenue une sorte d'axiome thérapeutique. Or, c'est le pain qui, en France du moins, fournit à l'organisme la majorité des hydrates de carbone nécessaires aux échanges nutritifs. Sa teneur en matières amylacées est relativement considérable, puisqu'elle est estimée à 60 grammes p. 100 par Mayet, et à 17 grammes par Moleschott (cité par Pouchet). D'autre part, l'Européen consomme en moyenne 500 grammes d'hydrates de carbone par vingt-quatre heures (Pettenkofer et Voit), et, d'après Ch. Richet, le Parisien dépense dans le même temps 520 grammes de pain, qui lui apportent ainsi environ la moitié des hydrates de carbone dont il a besoin. La suppression du pain, dans le régime alimentaire du diabétique sucré, semble donc, de prime abord, s' mposer à l'esprit du médecin. (M. Guihal, in *Gaz. des Hôpit.*)

« Cette abstention complète de pain est de règle au cours d'un *régime d'épreuve*, au début de la maladie, alors que rien ne fait craindre l'auto-intoxication et l'acétonémie, alors, surtout, qu'il importe d'être renseigné sur la diminution ou la disparition consécutives du glucose urinaire et de formuler un pronostic. Pratiquement, ce régime d'épreuve, régime sarco-adipeux exclusif, ne peut guère durer qu'une dizaine de jours. Bientôt, moins de rigueur deviendra nécessaire ; et la question du pain se posera nettement. »

Quand il s'agit de prescrire un régime alimentaire qui doit se prolonger pendant de longues années, on est beaucoup plus embarrassé, car l'on ne peut songer à priver complètement le diabétique de matières amylacées. Le problème consiste, en somme, à diminuer le plus possible la quantité de substances ternaires ingérées sous forme de pain : deux solutions se présentent : l'une, la plus simple, et cependant la dernière adoptée par les auteurs, se contente de limiter rigoureusement la quantité de pain permise au diabétique ; l'autre, la première en date, remplace le pain par diverses préparations d'aspect et de goût analogues, mais de compotion différente.

Les succédanés du pain sont : le pain de gluten (trop difficile à insaliver et à digérer, et contenant presqu'autant d'amidon que le pain de froment), le pain de sarrasin, le pain de soja hispida, le pain d'amandes sacchariné (cher et indigeste), le pain de son, le pain d'aleurone (Ebstein).

On revient maintenant à l'usage limité du pain ordinaire : Dujardin-Beaumetz, Lécorché, A. Robin, Dreyfus-Brisac, Proust et Mathieu s'accordent sur ce point. Mais les deux parties constituantes du pain, la mie et la croûte, ont chacune leurs partisans. La mie contient 47,29 p. 100 de féculents (*Dictionnaire des falsifications*) ; la croûte en renferme 66,46 p. 100.

La dose à prescrire oscille entre 25 et 100 grammes de mie (Proust et Mathieu), entre 40 et 80 grammes de croûte (Dujardin-Beaumetz et Lécorché). « Mais cette quantité variera nécessairement suivant le malade, et chez un même malade suivant les diverses étapes morbides. Le régime alimentaire habituel étant établi après le régime d'épreuve, l'on devra avant tout essayer de ne pas compromettre les résultats déjà obtenus. Le régime d'épreuve avait fait disparaître la glycosurie ou bien l'avait réduite au minimum individuel ; tous les efforts tendront au maintien du *statu quo*, et les variations de la glycosurie devront être suivies avec soin : cela seul permettra, pour un cas donné, de déterminer par tâtonnements la quantité de pain à prescrire dans le régime alimentaire habituel. »

L'hypertrophie amygdalienne origine de tuberculose.

D'après la récente thèse du D[r] *Francis Baup* (analysée in *Pratique médicale* du D[r] Baratoux), les amygdales hypertrophiées ne présentent pas une structure aussi uniforme qu'on le dit généralement ; elles sont souvent le siège de lésions (nécrose épithéliale, altérations folliculaires, scléroses) qui nous permettent jusqu'à un certain point de nous rendre compte des moyens de défense de l'amygdale et d'expliquer les fréquentes poussées inflammatoires de ces organes.

La tuberculose larvée d'une ou plusieurs amygdales existe, en tant que manifestation primitive de la tuberculose ; il en existe des cas indéniables peu nombreux encore, vu la date toute récente de la découverte de cette affection.

Cette tuberculose larvée se traduit, au sein de l'amygdale, de plusieurs façons : quelquefois par des tubercules typiques, d'autres fois par une infiltration diffuse ; il est même possible que la sclérose retrouvée dans certains cas, ne soit que l'aboutissant de cette tuberculose.

L'auteur a trouvé sur 48 amygdales hypertrophiées un cas de tuberculose larvée affectant la forme infiltrée ; la caractéristique de tous les cas de cette affection est la pauvreté en bacilles de Koch.

L'inoculation, aux cobayes, de fragments d'amygdales, à part quelques erreurs opératoires, confirme les résultats histologiques.

La tuberculisation directe d'amygdales d'animaux est possible, mais délicate ; en général la tuberculisation trop intense transforme tout le pharynx en un foyer purulent ; dans les autres cas, la paroi pharyngienne, examinée au microscope, était intacte ; les amygdales, quoique ne renfermant ni bacilles, ni tubercules, étaient profondément altérées, les ganglions juxta-amygdaliens et cervicaux étaient caséeux.

Il semble donc, tout en se tenant sur la réserve, qu'ici l'amygdale ait été la porte d'entrée.

Si l'étiologie de la tuberculose larvée des amygdales peut recevoir des explications satisfaisantes, la symptomatologie et le diagnostic de cette affection sont encore bien vagues ; leur

étude repose sur trois points ; l'examen local insuffisant, l'observation de l'état général et enfin les recherches sur les relations qui unissent la tuberculose larvée et d'autres tuberculoses, comparaison qui fournit quelques renseignements utiles.

Fièvre typhoïde.

M. le Dr *Miller*, en dehors des précautions hygiéniques et diététiques, ainsi que du traitement hydrothérapique classique, recommande, comme prescription interne, l'emploi de la teinture d'iode et de l'acide phénique, d'après la formule suivante que rapporte la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* :

Teinture d'iode............ Acidc phénique..............	*āā* 10 gouttes.
Eau distillée.............. Sirop simple...............	*āā* 60 grammes.

Une cuillerée à café dans un peu d'eau froide toutes les deux heures (adultes).

Par ce mode d'administration, le patient absorbe environ le tiers d'une goutte de chaque médicament, par cuillerée de potion, et les intervalles sont réglés de manière à obtenir le maximum d'action thérapeutique. La fièvre décline rapidement, les selles moins fréquentes, changent de caractère, la transpiration se modifie, l'agitation disparaît et le malade apaisé s'endort tranquillement. Dans certains cas, les résultats auraient été fort remarquables.

Infections puerpérales du nouveau-né.

M. *Audion* indique dans la *Gaz. des Hôpitaux*, le traitement des infections puerpérales du nouveau-né au niveau de l'ombilic.

Ce traitement doit être curatif et prophylactique :

Le *traitement curatif* est efficace pour les infections du cordon, celles du tissu cellulaire des bourgeons charnus, de la plaie ombilicale, celles de la peau et du tissu cellulo-adipeux sousjacent; l'antisepsie, par des pansements humides ou secs, des lavages et des cautérisations, des bains de sublimé, aura raison des cas guérissables, et pourra prévenir, dans une certaine mesure, le passage des microbes dans les gros troncs lymphatiques et surtout dans les vaisseaux sanguins ; mais si ces voies de propagation sont envahies, et en particulier, dans l'érysipèle, elles le sont rapidement et d'une façon à peu près infaillible; alors le traitement local devient pour ainsi dire impuissant ; la thérapeutique doit surtout avoir pour but de soutenir les forces de l'enfant, de l'alimenter, d'abaisser sa température, de façon à faciliter la lutte de l'organisme contre l'infection. Inutile d'ajouter, après ce que nous venons de dire, que le traitement des infections des vaisseaux ombilicaux est à peu près illusoire, bien que Cohn ait publié un cas de phlébite ombilicale guérie.

Le *traitement prophylactique* des infections ombilicales est une question à l'ordre du jour : les modes de pansement les plus variés ont été employés, humides, secs, avec ou sans poudre, pour le cordon et pour l'ombilic, après la chute de l'escharè ; les procédés d'amputation du cordon, d'écrasement, de ligature, ont été multipliés et essayés. Ce n'est point ici le lieu de discuter la valeur ni des uns, ni des autres, ni d'apprécier l'opportunité des bains : les auteurs les plus dignes de foi différant d'avis sur ce point et obtenant, par leur pratique différente, des résultats semblablement bons.

La prophylaxie de l'infection d'un organe, quel qu'il soit, consiste à tenter l'asepsie de cet organe, dans la mesure où elle peut être réalisée : le moignon ombilical desséché ne s'infecte plus que rarement ; d'autre part la plaie ombilicale est le siège, d'une façon à peu près inévitable, d'une flore microbienne plus ou moins riche, même dans les cas les plus normaux ; le pansement doit donc être non seulement aseptique, mais antiseptique, dans le but d'empêcher ces microbes de pulluler et de pénétrer plus profondément dans l'économie, en un mot dans le but de les mettre hors d'état de nuire.

En ce qui concerne le pronostic, il est encore actuellement bien difficile d'envisager dans son ensemble ce pronostic : car un accident léger de la cicatrisation, par exemple une blennorrée, un bourgeon, une ulcération simple, n'aura aucune conséquence pour un enfant bien constitué, dont les vaisseaux ombilicaux sont oblitérés par un bouchon conjonctif déjà un peu ancien ou par un caillot complètement organisé, mais le même accident pourra mener directement à la septicémie un enfant un peu débile, dont la veine et les artères communiquent encore avec l'extérieur par un pertuis plus ou moins large.

En l'absence de données solides pour établir un pronostic des infections d'une part, et fixer l'époque où les précautions antiseptiques sont devenues inutiles dans les cas normaux, d'autre part, l'indicatiou prophylactique que la raison impose est de pratiquer ces précautions très longtemps, et au delà même du moment où, suivant toutes prévisions, l'ombilic doit être guéri.

Le gaz carbonique dons les affections nasales.

M. le Dr *Joal* préconise l'emploi du gaz carbonique dans le traitement des rhinites vasomotrices, des coryzas aigus ou chroniques, comme vaso-constricteur, anesthésique, antiseptique. Le gaz employé dans les observations, dont le résultat est rapporté, a été celui qui se dégage des sources bouillantes du Mont-Dore ; on peut également le fabriquer avec de l'acide tartrique et du bicarbonate de soude ; le docteur Joal a imaginé pour l'administration de l'acide carbonique des appareils de la plus grande simplicité, et se sert d'une petite canule n'obturant pas les narines ; de la sorte le gaz se mélange à l'air et n'occasionne pas de sensations douloureuses.

Mis en contact avec la muqueuse nasale, l'acide carbonique ne tarde pas à produire des picotements désagréables, mais qui n'ont rien d'intolérable et sont suivis de sécheresse et de chaleur, si la muqueuse est dans son intégrité, au contraire de fraîcheur, s'il y a une poussée vaso-motrice. Un calme relatif dans les accidents succède d'ordinaire à ces douches carboniques.

L'examen objectif de la muqueuse fait constater une diminution locale de la sensibilité ; l'acide carbonique commence donc par donner lieu à une excitation des filets nerveux, provoquant ainsi de la dilatation vaso-motrice des

vaisseaux et de l'hypersécrétion glandulaire ; l'activité nerveuse s'épuisant ensuite, on assiste à des effets vaso-constricteurs et anesthésiques. M. Joal rapporte, à l'appui de cette assertion, différentes observations dans lesquelles l'emploi des douches d'acide carbonique permit des cautérisations, des explorations avec le stylet.

Les meilleurs résultats ont été obtenus dans le traitement de la rhinite hyperesthésique, qui a pour principales variétés, selon le docteur Joal, à l'encontre de l'opinion de Lermoyez, l'hay-fever et l'hydrorrhée.

Les agents anesthésiques les plus employés, d'ordinaire, sont la cocaïne et le menthol ; la cocaïne présente des inconvénients qui la font rejeter par certains ; le menthol n'est pas d'une action uniforme chez tous ; il n'en est pas de même de l'acide carbonique.

Si l'on ne peut intervenir assez à temps pour faire avorter le coryza vaso-moteur, du moins atténuera-t-on sensiblement les phénomènes inflammatoires par ce traitement.

Le docteur Joal fait également remarquer que l'emploi de l'acide carbonique paraîtra légitime à ceux qui font du rhume des foins une affection à éléments microbiens, puisque les propriétés antiseptiques de l'acide carbonique sont nettement établies. L'auteur s'élève d'ailleurs contre la doctrine de la nature parasitaire de l'hay-fever, contredite par des exemples d'hérédité et des expériences où les excitations productrices de poussées vaso-motrices, étaient purement lumineuses ou odorantes.

A la période initiale du rhume de cerveau, l'acide carbonique doit figurer au premier rang des procédés abortifs en usage ; lorsqu'il n'est plus possible de couper le coryza, l'acide carbonique diminuera l'intensité des symptômes.

L'irrigation liquide, indiquée dans la rhinite chronique, n'a pas été suivie de complications auriculaires entre les mains du docteur Joal, mais elle donne souvent lieu à des douleurs de tête violentes, des vertiges ; il faut agir avec prudence surtout avec les asthmatiques, qui peuvent éprouver des crises d'oppression.

En terminant, le docteur Joal cite un nouveau cas d'anosmie guérie par la méthode qu'il préconise.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

M. le Prof. Budin : *Clinique d'accouchements Tarnier.*

Administration du chloroforme aux femmes en travail

Il vient de se passer, Messieurs, à la salle d'accouchements un fait fort intéressant, sur lequel je désire appeler votre attention, car il servira de sujet ou plutôt, de point de départ à la leçon d'aujourd'hui.

Une femme secondipare, reçue ces jours derniers à la Clinique, entre en travail vers 8 heures du matin. Son bassin est légèrement rétréci, la tête fœtale reste haute, sans s'engager, la dilatation du col se fait avec une très grande lenteur et à deux heures de l'après-midi, elle cesse de progresser. Cependant, les douleurs sont restées vives, elles deviennent même peu à peu très aiguës, de plus en plus intenses, à tel point que, souffrant beaucoup, la femme est prise d'impatience, elle s'agite, elle s'énerve.

A cinq heures, tout est dans le même état : on lui donne alors un peu de chloroforme. Sous cette influence, les douleurs se calment, les membranes sont rompues (il est 6 h. 1/2) et enfin, un quart d'heure plus tard, l'accouchement a lieu le plus naturellement du monde.

Voilà donc une parturiente chez laquelle l'expulsion fœtale a été singulièrement facilitée par l'administration du chloroforme. En pratique, les cas analogues sont nombreux et la chloroformisation des femmes, au cours du travail, est susceptible de fréquentes applications.

Autrefois, l'emploi des agents anesthésiants, pendant l'accouchement, fut l'objet de multiples controverses. J'eus l'occasion d'étudier ce sujet de bonne heure, puisque comme interne, je m'en suis occupé avec mes maîtres Labbé et Vulpian, puis plus tard à la Maternité.

Aussi, en vous résumant ici l'opinion générale des accoucheurs, permettez-moi d'apporter surtout une opinion et des faits personnels.

C'est à Simpson, accoucheur à Edimbourg, qu'est due la découverte du chloroforme, comme agent d'anesthésie générale. Dans la soirée mémorable du 4 novembre 1847, ce savant éprouva, pour la première fois, sur lui-même, l'action si spéciale du chloroforme, jusqu'alors inconnue. Cette constatation détermina bientôt l'emploi de ce médicament en chirurgie et en obstétrique. Il se donnait alors, d'une façon toute particulière, en gouttes, par petites doses à la fois ; c'était le « chloroforme à la Reine », la Reine Victoria ayant coutume d'en demander, lors de ses accouchements.

Ce mode d'administration obstétrical par excellence — provoque simplement, nous allons le voir, de l'analgésie qui ne va pas jusqu'à la perte de connaissance, et laisse intactes les facultés intellectuelles.

Lorsque l'on fait respirer du chloroforme, en effet, il ne faut pas croire que l'on arrive d'emblée à l'anesthésie complète. Celle-ci n'est obtenue qu'en passant par différentes étapes où successivement les sensibilités, puis les motilités sont abolies.

La sensibilité se subdivise en sensibilité à la douleur, au contact, à la température. La sensibilité à la douleur disparaît la première, beaucoup plus facilement que les autres et le résultat de l'administration du chloroforme se traduit ainsi par une *analgésie* générale.

Ceci est parfaitement démontré par l'expérience et on en peut citer de nombreux exemples.

Telle l'observation personnelle d'un de nos confrères qui, respirant un flacon de chloroforme, tout en conservant sa parfaite connaissance, fut suffisamment analgésié et ne perçut pas l'incision d'un anthrax du cou.

Un autre atteint de fissure anale très douloureuse, chaque fois qu'il allait à la garde-robe, employait le même procédé. Il lui réussissait toujours également bien.

Personnellement, enfin, j'eus assez souvent l'occasion d'éprouver cette action calmante du chloroforme inhalé à faibles doses.

En ce qui concerne les douleurs du travail, voici, d'après Campbell, comment les choses se passent. Quand on commence à donner le chloroforme à la parturiente, il se produit tout d'a-

bord un soulagement péri-utérin, puis une diminution de la douleur utérine, qui finit ensuite par devenir à peu près nulle (accouchement naturel avec analgésie lucide).

Poussant plus loin les doses, la sensibilité à la température et au contact disparaît, l'intelligence s'engourdit, la femme entend encore a ce moment, car elle exécute ce qu'on lui recommande de faire. Enfin, la motilité (volontaire, involontaire et réflexe), s'atténue pour faire place, bientôt, à la période d'anesthésie totale.

La graduation des doses, pendant le travail, peut donc provoquer chez les parturientes :

1° De l'analgésie simple, autrement dit la suppression des douleurs péri-utérines et des douleurs nées des contractions. La dilatation du col et le passage de la tête dans le vagin peuvent se faire alors véritablement avec facilité, la femme ne percevant qu'une sorte de compression, de pincement, au moment même des contractions, tout en conservant son entière connaissance et son intelligence aussi éveillée (1).

L'analgésie est également fort utile pendant la période d'expulsion.

On rencontre assez souvent des sujets qui se refusent à pousser par crainte d'augmenter leur souffrance. Sous l'influence du chloroforme, les douleurs s'atténuant, les parturientes en viendront à « pousser » alors avec vigueur, quelquefois même avec trop de vigueur. Il convient de prendre garde, en semblable circonstance, que cette poussée ne soit pas si violente, pour éviter au travail une exécution par trop rapide.

Pendant cette période d'expulsion, il est souvent bon d'administrer du chloroforme même au delà de la simple analgésie, car à ce moment lorsque la tête arrive sur le plancher périnéal, les souffrances peuvent devenir extrêmement vives. Il n'y a aucun inconvénient à employer dans ces circonstances un peu plus d'anesthésique. On se rapproche ainsi du deuxième mode d'administration du chloroforme.

2° L'anesthésie proprement dite indiquée en obstétrique, pour les interventions opératoires.

Cette anesthésie opératoire elle-même doit être plus ou moins complète, suivant la nature de l'intervention. Ainsi, par exemple, dans l'application du forceps, la femme respirera du chloroforme seulement jusqu'à l'abolition de la motilité volontaire, conservant encore l'intégrité de la motilité réflexe, qui doit aider l'accoucheur, au moment des tractions sur les branches de l'instrument.

Pour pratiquer la version, au contraire, — ou encore l'embryotomie, — vous ne devez plus être gêné, autant que possible, par la tonicité du muscle utérin, vous anesthésiez alors jusqu'à l'abolition de la motilité réflexe : on utilise à ce moment l'anesthésie chirurgicale proprement dite.

En somme, en obstétrique, on peut donc employer le chloroforme à toutes doses et produire respectivement ou successivement l'abolition de la sensibilité à la douleur (analgésie simple), de la sensibilité au contact, l'abolition de la motilité volontaire, involontaire ou réflexe (anesthésie chirurgicale).

Généralement, on fait l'analgésie à la fin seulement de la période de la dilatation, pour que la tête franchisse l'orifice utérin. On continue les mêmes doses pendant la durée de l'expulsion, en donnant davantage de chloroforme lorsque la tête est à l'orifice vulvaire. Débutant par l'analgésie, on finit par l'anesthésie et l'accouchement se produit de cette façon sans douleur, la femme à son réveil n'a rien senti.

Agirez-vous ainsi dans les cas d'accouchements simples. Certes, et pour ma part, je ne m'en prive pas. Je préfère, au lieu d'assister impassible aux douleurs de la femme, lui faire respirer quelques gouttes de chloroforme, pendant une ou deux heures. Il y a des circonstances où vous ne devez pas hésiter à le faire. Chez une femme énervée, agitée, par exemple, ou lorsque l'orifice utérin est rigide. Sous l'influence du chloroforme, à petites doses, la contracture cède, la femme se calme et l'accouchement se produit sans incident et sans difficulté.

Pour administrer le chloroforme, vous pouvez utiliser les compresses ou le mouchoir ; toutefois, pour éviter les brûlures dues au contact du médicament avec la face, il est préférable d'employer un masque en nid de pigeon, que l'on place sur la figure au moment des contractions et *qui est enlevé quand celles-ci sont passées*.

Y a-t-il des inconvénients à chloroformiser une femme en travail ?

Cette pratique, en chirurgie générale, évidemment, ne va pas sans quelques ennuis assez fréquents (vomissements, nausées, malaises) et même parfois quelques dangers (menaces de syncope).

Si l'on concluait de l'anesthésie chirurgicale à l'anesthésie obstétricale, il est certain que les indications de cette dernière devraient être aussi réduites que possible. Il ne serait pas avantageux, pour diminuer des douleurs même violentes, en tout cas momentanées de l'accouchement, de faire courir à la parturiente des risques de cette nature et de l'exposer aux malaises qui suivent l'anesthésie chirurgicale ordinaire.

En réalité, rien de tout cela ne se produit : la femme pendant le travail supporte toujours admirablement bien le chloroforme à toutes doses et, pour ma part, après une longue expérience sur ce sujet, je donne le chloroforme avec autant de tranquillité en obstétrique, que je l'administre avec inquiétude en chirurgie.

Les parturientes ont une tolérance très grande pour ce médicament. Dans ce cas, pas de menace de syncope, pas de vomissements ; même chez celles qui vomissent habituellement, les nausées ne sont pas augmentées.

On a bien reproché, il est vrai, au chloroforme de diminuer l'intensité des contractions utérines. Une constatation de cette nature est fort difficile. En tout cas, ce fait n'est ni démontré, ni même probable ; en réalité la période d'ex-

(1) Il faut vous mettre en garde contre deux choses. Tout d'abord l'entourage de la parturiente qui après l'avoir entendu crier violemment, s'effraie volontiers de ne plus l'entendre se plaindre lorsqu'elle respire le chloroforme.

D'autres fois, au contraire, c'est la femme elle-même qui crie plus fort qu'auparavant..... pour faire croire qu'elle souffre beaucoup, et avoir plus de chloroforme. Vous découvrirez facilement la supercherie, car souvent elle se plaint même dans l'intervalle des contractions. Constatez le fait, votre main sur l'abdomen et menacez la femme de supprimer l'anesthésique, si elle continue de gémir aussi violemment.

pulsion est raccourcie, et les femmes, ne souffrant plus, poussent mieux.

Le chloroforme peut-il favoriser les hémorrhagies ? Certes, non. Tous les accoucheurs en donnent dans les grandes opérations d'obstétrique, sans redouter cet accident et d'ailleurs la raison d'être de ces hémorrhagies échappe : la contractilité du muscle utérin ne peut jamais être abolie par l'anesthésie.

A-t-il une action sur l'enfant ? J'ai vu, dans deux cas, des enfants sembler légèrement endormis, mais très momentanément.

Les maladies du cœur ne sont plus, maintenant, une contre-indication de l'administration du chloroforme, en chirurgie générale et on peut le donner en obstétrique dans les mêmes conditions.

Toutefois, il convient d'ajouter qu'on a signalé dernièrement la fréquence des accidents chloroformiques dans des pièces étroites et éclairées au gaz. Cette remarque paraît avoir un certain degré d'exactitude. Aussi, faut-il éviter ces circonstances et ventiler la salle d'opération.

Enfin, il est une objection, que je signale seulement pour son originalité, car il est inutile d'y répondre, elle est d'ordre religieux.

L'écriture sainte a dit : « parturies in dolore » (la femme enfantera dans la douleur). Ne deviendrait-il pas contraire à la religion d'atténuer ou d'abolir ces douleurs ?

CONCLUSIONS

L'anesthésie obstétricale comporte donc l'administration du chloroforme à toutes les doses, soit qu'elle tende à obtenir l'anesthésie complète (abolition de la motilité), soit qu'elle recherche simplement l'analgésie (abolition de la sensibilité avec conservation de l'intelligence).

L'*anesthésie complète* employée dans les opérations obstétricales va jusqu'à extinction de la motilité réflexe dans la version ou l'embryotomie et seulement jusqu'à la motilité volontaire dans le forceps.

L'*analgésie chloroformique* se fait dans les accouchements simples, pour diminuer les douleurs de l'expulsion et calmer l'excitation de la femme. Certains accoucheurs ont rejeté l'emploi de cette analgésie (Pajot). D'autres pensent qu'elle est sans danger et souvent utile.

Je suis de ces derniers ; je donne volontiers du chloroforme aux femmes qui en réclament, comme je n'hésite pas à en proposer à l'occasion.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'abus de l'hôpital et des soins gratuits.

Le corps médical souffre actuellement de trois abus qui se réunissent pour lui enlever le fruit légitime de ses peines et de son travail ; ce sont :

1° l'augmentation sans cesse croissante du nombre des médecins en exercice, hors de proportion avec les besoins de la population.

2° Les consultations gratuites.

3° L'admission des malades aisés dans les hôpitaux.

1° Nous ne parlerons pas du remède à la première situation qui a déjà été et est encore l'objet de nombreux articles dans le *Concours médical*.

2° Les *Consultations gratuites* sont aujourd'hui la plaie du corps médical. A l'origine elles se comprenaient parce qu'elles étaient destinées aux indigents ; mais aujourd'hui plus de la moitié sinon les deux tiers des malades qui se présentent à la consultation gratuite, sont des gens qui pourraient parfaitement payer leur médecin ; les exemples de ce que je soutiens abondent et chacun peut se rappeler ses propres souvenirs. Il n'est pas à Paris et dans les grandes villes de médecin un peu en renom qui n'ait une clinique à la porte de laquelle ne s'étale en grosses lettres les mots magiques : *Consultation gratuite* de telle heure à telle heure ; la foule s'y précipite, s'entasse dans la salle d'attente, attendant son tour avec patience (puisque c'est gratis), tandis que le cabinet voisin du modeste praticien, qui a tant de peine à vivre, est vide aux heures de consultation payante. Le médecin qui agit ainsi ne pense pas qu'il travaille d'abord contre lui-même, puisque, sans la consultation gratuite, beaucoup de ces gens pourraient facilement le rétribuer.

Par une anomalie assez étrange, ces consultation gratuites qui ne devraient être faites que pour l'ouvrier, le petit employé, se font à des heures où ceux-ci sont retenus à l'atelier, au magasin, au bureau, et ne peuvent s'absenter sans perdre une partie de leur journée.

Il faut, dans l'intérêt du corps médical, que l'affiche « Consultation gratuite » disparaisse de la porte de la Clinique ou du logement du médecin exerçant en ville, et que cette consultation se fasse seulement dans les hôpitaux, où la sélection serait plus facile, si un contrôle sévère était appliqué (certificat d'indigence, certificat de résidence dans sa commune, signes tirés de l'habitus extérieur etc...), ce qui n'a pas lieu aujourd'hui. Je me rappelle ma stupéfaction, il y a quelques mois, lors de mon dernier séjour à Paris, à l'hôpital des Enfants-Malades, quand j'ai vu entrer à la consultation d'un de nos maîtres, une dame en grande toilette avec un enfant vêtu luxueusement et porté dans les bras d'une nourrice dont l'aspect ne rappelait pas la misère ; une voiture particulière à deux chevaux, attendait les maîtres à la porte ; le surveillant de l'Assistance publique aurait dû lui faire comprendre que sa place n'était pas dans la salle d'attente des pauvres. Et l'histoire de cette autre dame dont tout le monde parlait dans les cliniques : pauvrement vêtue, elle attendait tranquillement dans la salle d'attente d'un hôpital quelconque ; au moment où on l'introduisait dans le cabinet de consultation gratuite, elle s'était mise à pleurer en disant qu'on venait de lui voler ses boucles d'oreille en diamant, qui valaient, disait-elle trois mille francs ; un employé de l'hôpital la vit, à sa sortie, partir dans une voiture de maître, qui attendait au coin de la rue voisine. Est-ce que cette dame n'aurait pas mérité d'être conduite devant le Directeur de l'hôpital, de recevoir une admonestation sévère, avec plainte en haut lieu, si elle ne versait pas immédiatement le prix de la consultation au profit des pauvres de l'hôpital ?

De Paris le mal a gagné la province, et bientôt, les médecins n'auront plus à leur consultation un seul malade payant.

Dans le pays où j'exerce j'ai eu, dernièrement, l'occasion de soigner une paysanne aisée qui, plusieurs semaines auparavant, avait fait quatre heures de chemin de fer pour aller consulter un spécialiste en renom ; elle avait séjourné huit jours à l'hôpital, mais s'était bien gardée de demander une consultation payante au médecin ; elle s'était dirigée sur la consultation gratuite, de sorte que tout le monde (chemin de fer, hôtelier, etc.) avait été payé de sa peine ; seul le médecin avait été frustré.

Je citerais bien d'autres exemples et tous les médecins pourraient en faire autant.

Les consultations gratuites, en dehors de l'hôpital, doivent donc disparaître, parce qu'elles ne remplissent plus leur but et qu'elles ne servent qu'à la classe aisée, au grand détriment des médecins.

Mais, me direz-vous, les consultations gratuites sont nécessaires : elles constituent un champ d'expérience pour le praticien lui-même ; il y voit beaucoup de cas qui l'instruisent pour la pratique ordinaire ; la clientèle des consultations gratuites, sachant qu'elle est soignée pour rien, est une clientèle docile qui se laisse examiner sans murmurer, et se prête facilement aux interventions si difficiles à obtenir dans la pratique ordinaire en ville.

Si vous voulez absolument maintenir ces consultations gratuites, faites-les aux heures les plus commodes pour la classe ouvrière, le soir par exemple, après le travail, et le matin les jours de fête ; la clientèle aisée n'aime pas à se déranger à ces heures-là. Agissez comme à l'hôpital : examinez vos malades en public (sauf le cas de bienséance et dans des circonstances particulières que le médecin seul peut apprécier), les gens aisés n'aiment pas à étaler leurs misères devant tout le monde ; ne faites pas, comme dans certaines cliniques gratuites où les conditions d'examen sont les mêmes que dans les consultations payantes (cabinet où le médecin est isolé avec l'aide et le client). Etablissez pour les consultations payantes plusieurs tarifs : demandez peu aux pauvres gens et davantage aux gens riches ; le médecin sera toujours libre de ne pas faire payer sa consultation, s'il le juge à propos.

Ces consultations gratuites le soir, commencent d'ailleurs à être installées à Paris, où plusieurs médecins en ont reconnu la nécessité.

Dans certaines cliniques, soi-disant gratuites, on a même établi, avec raison, un droit d'entrée qui sert à indemniser en partie le médecin de ses frais.

Dans la ville où j'exerce, je n'ai pas voulu établir une consultation gratuite, qui m'aurait coûté fort cher (car presque personne ne serait venu à la consultation payante) ; je n'ai pas de tarif uniforme, mais trois tarifs, je prends peu aux ouvriers et beaucoup plus aux gens aisés (1).

Le jour où je pourrai être admis à l'hôpital, je me réserve de donner des consultations gratuites, mais aux indigents seuls.

3° L'admission des malades aisés dans les hôpitaux, est encore un scandale où tout le monde, sauf le médecin, trouve son compte.

Pourquoi payer de nombreuses visites à son médecin, se procurer la nourriture, les médicaments, quand, pour un prix inférieur, on a nourriture, logement, médicaments, garde-malades, et en plus les soins médicaux ?

Je ne rappellerai pas les abus auxquels est exposée, à Paris, l'Assistance publique qui voit enfler son budget tous les ans, pour soigner dans les hôpitaux les malades non seulement de Paris, mais des provinces limitrophes ; et aux dépens des contribuables, qui paient tous ces soins. Il est établi qu'actuellement la moitié des accouchements se font, à Paris, aux frais de l'Assistance publique. Un de mes confrères me racontait qu'il soignait tous les ans, à la campagne, une dame à qui sa situation de fortune permettait de louer une maison au bord de la mer et d'y séjourner deux mois ; cette dame avouait au médecin qu'elle avait toujours accouché à Paris aux frais de l'Assistance publique, dans une maison de santé où elle payait 5 fr. par jour; le médecin qui l'accouchait était encore frustré.

Il y a quelques mois j'ai reçu dans mon cabinet une jeune fille considérée comme riche dans son village ; (c'était du moins l'avis du médecin qui me l'avait adressée) ; elle était atteinte d'une affection qui l'obligeait à subir une petite opération et à venir me trouver, trois fois par semaine au moins, pendant un mois ; sa résidence se trouvait éloignée de dix minutes en chemin de fer de la mienne. Je ne l'ai vue qu'une fois : elle m'a écrit qu'elle ne reviendrait plus ; elle préférait faire un voyage de six heures en chemin de fer et se faire hospitaliser dans une maison de santé d'une ville voisine où pour un prix inférieur à celui de mes consultations, elle serait nourrie, logée, recevrait les médicaments et par-dessus le marché, serait soignée et opérée ; d'où un grand bénéfice pour elle.

On a proposé divers remèdes à cette situation: augmenter le prix de revient de la journée d'hôpital, n'admettre les gens aisés que dans certains cas, dûment spécifiés ; mais tant que l'hospitalisation coûtera moins cher que les soins à domicile, les salles payantes seront encombrées. Jadis le public, en province du moins, avait horreur de l'hôpital, il considérait comme une tare de s'y faire soigner ; aujourd'hui c'est le contraire ; il sait bien qu'il y trouvera des conditions d'hygiène, de sécurité, de confort, qu'il ne saurait réaliser chez lui sans de grandes dépenses. D'un autre côté, les administrations des hôpitaux auront intérêt à attirer chez elles le plus de malades payants, si elles y trouvent leur bénéfice, les intérêts des médecins traitants seront toujours secondaires pour elles.

Mais, si en dehors des frais d'hospitalisation proprement dits, les administrations des hôpitaux font payer aux malades une certaine somme journalière représentant les honoraires du médecin, la question change de face, le médecin n'est plus lésé, et les malades aisés aimeront mieux se soigner chez eux, que de payer autant, sinon plus, à l'hôpital. Cette somme représentative varierait naturellement suivant la classe qu'occuperait le malade payant et serait moins forte pour un malade occupant la salle commune, que pour celui qui occuperait une chambre à deux lits, ou un cabinet séparé. Cette somme représentative ne serait naturellement pas distribuée au médecin traitant, au prorata des malades payants qu'il aurait traités :(car il ne

(1) Je me conforme d'ailleurs aux prix indiqués par le syndicat de la région.

faut pas que le médecin d'hôpital ait intérêt à y attirer les malades aux dépens de ses confrères), mais constituerait un fonds qui servirait, dans chaque hôpital, à augmenter le traitement des médecins qui est vraiment dérisoire ; dans la ville où j'exerce il est de 600 fr. par an !

Je ne m'illusionne pas sur les difficultés que l'on doit surmonter pour accomplir ces réformes ; mais il y a une question de vie et de mort pour le Corps médical. Ces difficultés peuvent se résumer en une seule : l'entente des médecins entre eux ; si on arrive à leur persuader que les consultations gratuites privées leur font plus de mal que de bien, qu'elles ne servent pour ainsi dire pas aux indigents, qui n'en profitent guère ; que l'admission des gens aisés dans les hôpitaux se fait absolument à leur détriment, la question sera tout de suite résolue. Le public sera seul à se plaindre, mais c'est lui qui, en abusant de la situation, aura forcé les médecins à des mesures auxquelles aucun d'eux ne songeait.

Dr C...,
Médecin spécialiste
membre du Concours médical.

Une circulaire à propos de la loi sur les accidents du travail.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique à MM. les Directeurs des Hôpitaux et Hospices.

Paris, le 4 mai 1900.

Monsieur le Directeur,

Je vous prie de notifier à MM. les chefs de service les instructions que vient de me donner M. le Ministre du Commerce en ce qui concerne l'établissement des certificats médicaux prévus par l'article 11 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

M. le Ministre a décidé que toutes les fois qu'un blessé victime d'un accident du travail aurait été transporté dans un hôpital, MM. les Chefs de service ne pouvaient se refuser à délivrer les certificats médicaux dont il s'agit, puisqu'ils sont seuls qualifiés pour faire toutes constatations médicales sur les malades traités dans leurs services, et que, d'ailleurs, l'état de ces malades ne saurait être utilement constaté par des Médecins du dehors qui n'ont pas été présents au moment du premier pansement fait au blessé.

M. le Ministre ajoute qu' « on ne saurait perdre de vue, en effet, que le certificat médical prévu et prescrit par l'article 11 de la loi du 9 avril 1898, n'est pas destiné à fixer les droits des parties, et qu'il n'a qu'un but : préciser dès l'origine et, pour ainsi dire, sur le champ l'état de la victime, et par l'indication des suites probables de l'accident, mettre la mairie à même de provoquer, s'il y a lieu, l'enquête du juge de paix. La compétence et l'autorité du médecin des hôpitaux, qui n'est en l'espèce ni le médecin du patron, ni le médecin de la victime, ne paraissent pas pouvoir être mises en doute. »

La décision de M. le Ministre du Commerce implique, ainsi, formellement, l'interdiction à tout médecin du dehors de venir constater l'état des victimes d'accidents du travail qui auraient été admises dans les hôpitaux ; mais, par contre, elle implique aussi, non moins formellement, l'obligation de MM. les Chefs de service de délivrer tous les certificats qui leur seraient demandés.

Ainsi que l'a admis, en principe, M. le Ministre du Commerce, les certificats médicaux établis par MM. les Chefs de service ne seront pas, bien entendu, délivrés à titre gratuit, et en conformité d'un avis émis par le Conseil de surveillance, avis qui a été approuvé d'autre part par M. le Préfet de la Seine, j'ai décidé qu'une rémunération de 5 francs leur serait attribuée pour chaque certificat délivré.

Lors donc qu'un chef d'entreprise vous fera la demande d'un certificat, vous aurez à lui faire verser, par avance, la somme de cinq francs représentative de cette indemnité, qui sera remise, par vos soins, au chef du service intéressé.

Si, au contraire, la demande émane de la victime elle-même, qui, aux termes de la loi, est également qualifiée pour prendre l'initiative de la déclaration de l'accident et si le demandeur n'est pas en mesure de verser immédiatement la somme de 5 fr., vous aurez à en faire l'avance, à charge d'en poursuivre ultérieurement le recouvrement : en cas de difficultés à ce sujet, vous auriez à me demander des instructions.

Il est bien entendu que les certificats dont il s'agit pourront être, *dans la majeure partie des cas*, signés par les internes, mais seulement par ceux d'entre eux, de nationalité française, qui se trouvent indiqués sur les listes approuvées par M. le Préfet de la Seine, que je vous envoie trimestriellement, comme pouvant exercer la médecine dans nos établissements.

En terminant, il me paraît utile d'appeler à nouveau l'attention de MM. les Chefs de service et de MM. les Internes sur les indications que doivent contenir, aux termes de la loi, les certificats médicaux délivrés à la suite d'accidents du travail.

L'article 11 de la loi du 9 avril 1898 prescrit que ces certificats indiqueront : « l'état de la victime, les suites probables de l'accident, l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif. »

Il est évident qu'il sera toujours possible de répondre aux prescriptions de la loi sur le premier point et que MM. les Chefs de service et MM les Internes pourront dans tous les cas attester l'état de la victime au moment de la délivrance du certificat, ainsi que le caractère de la blessure reçue.

Mais sur les deux points « suites probables de l'accident » et « époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif », il pourra très souvent, le certificat devant être établi dans les quarante-huit heures qui suivent l'accident, leur être très difficile, pour ne pas dire impossible, de fournir des indications sans risque de formuler un pronostic incertain. Ces renseignements sont, cependant, d'une très haute importance et, conformément aux instructions de M. le Préfet, je vous prie d'insister auprès de MM. les Chefs de service et de MM. les Internes pour que, toutes les fois qu'ils seront en état de les fournir, ils donnent ces indications sur les certificats qu'ils sont appelés à délivrer.

Lorsqu'ils ne croiront pas pouvoir formuler de pronostic certain sur les résultats ultérieurs du traumatisme, ils devront terminer leur certificat par la formule suivante : « Le soussigné déclare qu'en l'état actuel, il lui est absolument impossible de pronostiquer les suites probables de l'accident, ni d'indiquer l'époque à laquelle il sera possible d'en reconnaître le résultat définitif. »

Vous voudrez bien m'accuser réception de la présente circulaire aussitôt que vous l'aurez portée à la connaissance de MM. les Chefs de service.

Le Directeur : Dr Henri Napias.

Tout chef de Service devant se rendre dans la salle au moins une fois par vingt-quatre heures, le certificat signé de lui peut toujours être fourni dans le délai voulu par la loi.

Nous ne voyons donc pas la nécessité de faire intervenir les internes dans cette question. Ils n'ont rien à y voir. Pourquoi créer des abus comme par plaisir ?

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le secret professionnel est d'obligation absolue.

Tout récemment la Cour de Cassation a jugé que dans une affaire de suppression d'enfant, la Cour d'appel de Besançon n'avait pas à faire état du témoignage de la sage-femme qui avait assisté à la délivrance, parce qu'elle était liée par le secret professionnel.

Elle avait également cassé, pour le même motif, dans les circonstances analogues, un arrêt rendu par la Cour d'appel de Paris, et renvoyé les parties devant la Cour d'Amiens.

Voici l'affaire dont il s'agissait ici :

Le 17 mai 1892, un M. Bousquet contractait avec une compagnie étrangère une assurance aux termes de laquelle ladite compagnie s'engageait à lui payer une somme de 70.000 francs au décès d'un sieur Faure.

Celui-ci mourut le 23 novembre suivant. M. Bousquet, n'ayant pu obtenir le payement de la prime assigna la compagnie devant le tribunal de commerce de la Seine.

Devant cette juridiction, la compagnie d'assurances soutint que sa bonne foi avait été surprise et que le contrat qu'elle avait consenti devait être annulé. A l'appui de ses prétentions, la compagnie fut autorisée à prouver que le sieur Faure, au moment où le contrat d'assurances était intervenu, était dans un état maladif connu de ceux qui l'approchaient et pour lequel il avait été soigné antérieurement à la police d'assurance.

Le tribunal de commerce refusa l'enquête, mais son jugement fut annulé par la Cour d'appel de Paris, qui rendit un arrêt autorisant la preuve du fait de maladie.

Saisi de nouveau, le tribunal de commerce de la Seine prononça la validité de l'assurance. Ce jugement, confirmé par la Cour d'appel de Paris, fut ensuite cassé par la Cour suprême se basant sur ce fait que les déclarations du médecin constituaient une violation du secret professionnel, qu'elles avaient un caractère éminemment délictueux et qu'il n'était pas permis à la justice d'en faire état.

C'est dans ces conditions que l'affaire est revenue devant la Cour d'appel d'Amiens. Voici un extrait de l'arrêt qui a été rendu :

Considérant qu'il résulte péremptoirement de tous les documents de la cause que c'est uniquement comme médecin de Faure et à raison des soins qu'il lui aurait donnés en cette qualité que le docteur Flavart a eu connaissance des faits par lui révélés :

Considérant que cette révélation constitue au premier chef la violation du secret professionnel :

Qu'un médecin a le rigoureux devoir de garder un silence absolu sur les confidences pui lui sont faites par les clients qui réclament ses soins, et sur les infirmités ou maladies dont ils sont atteints ;

Que cette obligation est plus impérieuse encore quand il s'agit, comme dans l'espèce, d'affections qui sont de nature à jeter un certain discrédit sur le malade ;

Considérant que les déclarations du docteur Flavart ayant un caractère délictueux, la justice ne saurait en faire état.

En conséquence, la Cour a condamné la compagnie d'assurances à payer la prime de 70.000 francs à M. Bousquet.

L'importance de ces décisions n'échappera pas à nos lecteurs. C'est la thèse du secret absolu, obligatoire partout et toujours, même en justice, qui triomphe de celle qui s'appuie sur les distinctions plus ou moins fondées que peut nous inspirer notre conscience.

Faut-il s'en féliciter ? C'est notre avis, parce que, malgré la rectitude de notre jugement et de notre sens moral, nous ne pouvons prétendre à l'infaillibilité.

Dans bien des cas, nous ignorons la portée indirecte de nos révélations ; c'est la sécurité absolue qu'on nous donne en nous imposant le silence.

Reste à MM. les magistrats instructeurs le devoir de respecter cette consigne et de ne pas nous circonvenir pour nous la faire oublier.

CORRESPONDANCE

La confraternité agissante.

le 28 mai 1900.

Mon cher Directeur,

J'avais écrit : « Médiation impossible. » Je me trompais.

J'ai reçu aujourd'hui la visite de nos deux confrères de R. Nous sommes arrivés à une entente amiable. Assurément ni l'un, ni l'autre ne deviendront riches ; même pour vivre et élever leur famille, ils devront prendre sur leur capital. La vraie solution eût été que l'un des deux laissât toute la place à l'autre, mais que voulez-vous ? Tous deux tiennent à leur pays, veulent y rester et y exercer.

Etant donné cette situation inéluctable, il fallait tâcher d'arriver à en tirer le meilleur parti. Le docteur A... cédera à son confrère une partie de son service de la Protection du 1er âge et de son service de vaccination. Je vais essayer de grossir encore la part du docteur P... en m'adressant à un confrère d'un canton voisin, relativement trop bien partagé.

Les services médicaux des sociétés de secours mutuels et de Pompiers, qui appartiennent par traité à échéance lointaine au docteur A... lui resteront encore (sauf un attribué au Dr P...) jusqu'au 1er janvier 1903, c'est-à-dire encore pendant deux ans et demi. Ensuite, ils seront partagés également.

Une petite question relative à une interprétation d'une convention avec les Compagnies d'assurances sera réglée par une réunion de tous les signataires, médecins de la région. Je n'ai pas cru devoir m'en occuper personnellement.

En somme, par des concessions réciproques, les docteurs A... et P... *sont tombés d'accord*. J'ai la conviction que tous deux, animés des meilleurs sentiments de bonne confraternité, vont loyalement respecter les clauses du contrat, seront et resteront de bons camarades.

Veuillez agréer, etc.

Dr J. A.

Nous ne saurions trop remercier et féliciter notre correspondant du succès qu'il a obtenu grâce à l'initiative et au tact dont il est coutumier.

Il a, dans la circonstance, fait aboutir de la façon la plus heureuse, l'arbitrage que le Conseil du *Sou médical* n'eût pu accepter de si loin.

Que son exemple soit suivi, toutes les fois qu'il sera possible, par ceux qui traduisent en actes utiles, l'esprit de confraternité et ne se considèrent pas comme quittes avec leur devoir, quand ils ont prononcé de belles paroles.

REPORTAGE MÉDICAL

Pougues, le 6 juin 1900.

A Monsieur le Dr Cézilly, directeur du Concours médical.

Cher confrère,

J'ai connaissance aujourd'hui seulement de l'entrefilet ci-dessous paru dans le numéro du 2 juin du *Concours médical.*

Compte rendu des Congrès. — Nous avions annoncé que le *Bulletin médical* se chargeait du compte rendu des congrès médicaux. Après examen, ce journal s'est aperçu qu'il se lançait dans une entreprise dont il n'avait pas calculé l'énormité et le coût. On nous apprend qu'il y a renoncé. Dont acte. Chaque journal opérera à son gré et selon ses convenances. Seule, une association internationale de la presse, si elle réunissait un nombre considérable de journaux, pourrait mener à bien cette tâche si difficile actuellement.

M. Chauffard s'efforcera, avec les ressources du congrès de médecine, de fournir des comptes rendus abrégés.

Permettez-moi de vous dire, cher confrère, que vous avez été induit en erreur sur les causes de notre « renoncement ». Nous ne sommes ni assez jeunes, hélas, ni assez inexpérimentés, pour nous lancer en aveugles dans une entreprise quelconque, surtout du genre de celle-ci.

Avant d'accepter de nous charger du compte-rendu du XIIIe Congrès international de médecine, nous avions calculé avec grand soin la dépense qui en résulterait pour nous. Elle était, comme vous le dites, sinon énorme, du moins considérable : environ 25.000 fr. Nous nous engagions, en effet, et de façon ferme, à livrer chaque matin, pendant huit jours consécutifs, autant d'exemplaires du *Bulletin médical* qu'il y aurait de congressistes inscrits (probablement 6 à 7.000, si ce n'est plus). En outre, chaque numéro devait contenir 72 pages de texte (en caractères de 7 et de 8 exclusivement). Si, finalement, cette combinaison a échoué, ce n'est pas le moins du monde, je vous l'affirme, que nous ayons reculé devant le sacrifice d'argent. Outre qu'il n'était pas au-dessus de nos ressources, nous nous estimions suffisamment dédommagés par la satisfaction de mener à bien une entreprise scientifique qui eût fait honneur au journalisme médical français aux yeux des médecins étrangers. On n'avait jamais fait autant que cela dans aucun Congrès international. Eh bien, nous voulions le faire. Et nous l'eûssions fait, n'ayant pas pour habitude de manquer à un engagement.

La raison de l'échec de la combinaison, la voici. Vous vous rappelez sans doute qu'à la réunion très nombreuse du Syndicat de la Presse médicale, le 6 avril dernier, j'avais été amené, par l'invitation de notre président Laborde, à exposer ce que le *Bulletin médical* comptait faire à propos du Congrès. J'avais été très heureux d'ajouter que nous nous ferions un plaisir d'ouvrir toutes grandes les portes de notre imprimerie à nos confrères en journalisme, et qu'il était on ne peut plus loin de notre pensée de monopoliser la copie du Congrès. Aucun des représentants de journaux présents à la réunion ne souleva la moindre objection ; bien au contraire. J'en appelle à vos souvenirs.

Mais à cette réunion confraternelle et amicale n'assistait pas un collègue qui a protesté officiellement auprès du Comité d'organisation du Congrès contre le titre de « Journal officiel du Congrès », qui devait être accordé au *Bulletin médical.* Il a allégué — ce qui était parfaitement exact — que cela ne s'était jamais fait dans les précédents Congrès internationaux.

Dans ces conditions, et du moment qu'un collègue quelconque criait au privilège, nous n'avions qu'une chose à faire : nous retirer. C'est ce qui a eu lieu. Nos scrupules devaient être d'autant plus en éveil qu'un des deux directeurs scientifiques de notre journal se trouvait être président du Congrès.

Telle est, mon cher confrère, l'exacte vérité.

Bien cordialement à vous. J. Janicot.

Neurasthénie et divorce. — La quatrième chambre du Tribunal civil de la Seine, présidée par M. Richard, vient, en matière de divorce, de rendre un jugement qui ne manquera pas d'intéresser nombre de ménages.

La question qui lui était soumise était celle de savoir si les gros mots et les violences d'un mari neurasthénique, à l'égard de sa femme, peuvent être considérés comme des injures graves, de nature à motiver le divorce entre les époux.

Les juges ont résolu la question dans le sens de la négative.

Voici quelques passages de ce très intéressant jugement :

« Attendu que la demande de la dame X... doit donc être rejetée ; que si le mauvais état de la santé de son mari, les inégalités, les excès même de son caractère, la longue séparation nécessitée par les traitements successifs qu'il a suivis, ont fait à la jeune femme une existence difficile, pénible, et ont pu la détacher peu à peu de celui qui, loin d'elle, ne manifestait même plus par une lettre, un souvenir, la situation qui lui était ainsi faite ne la dispensait pas de ses devoirs d'épouse et laissait intacts les liens légaux qui l'unissaient à son mari ;

« Attendu qu'au point de vue moral, loin que les infirmités physiques de l'un des époux puissent relever l'autre de sa mission de secours et d'assistance, c'est alors surtout, dans les tristes épreuves de la vie, que celui-ci est tenu à remplir envers son conjoint malheureux les plus étroites et les plus saintes obligations du mariage. »

Bref, la neurasthénie, tout en excusant les vivacités du mari, engendre juridiquement le dévouement de la femme.

Le vin sans alcool. — Un industriel de La Bréchaulière (Loire-Inférieure), M. L. Marette, fabrique un vin de fruits, obtenu sans fermentation, conservant le sucre et par l'absence d'alcool, recommandable à tous les médecins qui mènent le bon combat contre l'alcoolisme. On peut demander des échantillons de ce produit à l'auteur qui le dit d'un goût agréable.

Une goutte d'eau dans un torrent. — Parmi les legs de feu le baron Adolphe de Rotschild qui atteignent 20 millions, nous relevons les suivants :

A l'assistance publique, 360.000 fr. qui viennent s'ajouter à un legs antérieur d'un million aux différents établissements de charité de la Ville de Paris.

Le testament constitue une nouvelle rente de « 900 fr. par mois, soit 10.800 fr. par an, à l'Institut Pasteur, service thérapeutique du Dr Roux, pour la guérison du croup ».

Un capital d'environ 10 millions servira à la fondation et à l'entretien d'un grand hôpital ophtalmologique à Paris.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4506. — M. le docteur Gouffier, de Neuilly-sur-Seine (Seine), présenté par M. le docteur Lepage, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

N° 4507. — M. le docteur Bienfait, de Vichy (Allier), présenté par M. le Directeur.

N° 4508. — M. le docteur Patron, de Salindres (Gard), membre de l'Association des médecins du Gard.

N° 4509. — M. le docteur Bonnel, de Saint-Gervais-sur-Mare (Hérault), membre du Syndicat médical de Béziers.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Defaucamberge, de Gien (Loiret), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 24 16 JUIN 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Hommage à MM. les docteurs Cézilly et Gassot.

SEPTIÈME LISTE DE LA SOUSCRIPTION

MM. les docteurs de Torrès, de Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne) ; Perrault, de Neuilles-Aubiers (Deux-Sèvres) ; Alméras, de Montivilliers (Seine-Inférieure) ; Chalmet, de Landernau (Finistère) ; *Syndicat médical de Nice* : Duzan, de Saint-Leu (Oran) ; Peyrichaut, de Nocle-Maulaix (Nièvre) ; Veillard, de Meung-sur-Loire (Loiret) ; Jallot, de Renazé (Mayenne) ; Pardoux de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) ; Capron, de Chaumont-en-Vexin (Oise) : Würtz, de Compiègne (Oise) ; Amblard, de Mauduel (Gard) ; Faraggi, de Montesson (Seine-et-Oise) ; Mathon, de Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure) ; Ader, de Breval (Seine-et-Oise) ; de Saint-Cyr de Montlaur, de La Celle-Saint-Cloud (Seine-et-Oise) ; Millet, de Caderousse (Vaucluse) ; Chauvenet, de Plombières-les-Dijon (Côte-d'Or) ; Dhoste, du Croisic (Loire-Inférieure) ; Rayneau, d'Orléans (Loiret) ; Colombet, de Miramont (Lot-et-Garonne) ; Pecker, de Maule (Seine-et-Oise) ; Painetvin, de Fresnoy-le-Grand (Aisne) ; Guyader, de Brest (Finistère) ; Herlaud, de Rosporden (Finistère) ; Bidan, de Paris ; Suryot, d'Entrains (Nièvre) ; Saintagne, de Saint-Hilaire (Aude).

Total des sommes reçues à ce jour : **1.906** *francs.*

Financière médicale

Assemblée générale annuelle du 7 juin 1900

L'assemblée générale, présidée par M. le Dr Gassot, président du Conseil d'administration, se constitue en nommant assesseurs les deux plus forts actionnaires présents, MM. Maurat et Grabinski, et comme secrétaire M. Huguenin.

Le Président déclare que les annonces, pour l'Assemblée, ont été faites légalement dans le n° 133 des « *Petites affiches* » du 13 mai 1900 et dans le n° 20 du « *Concours médical* » du 19 mai 1900.

La liste de présence constate la présence réelle, ou par pouvoirs des possesseurs de 581 actions. Les statuts exigeant pour la constitution légale de l'Assemblée générale la représentation du 1/4 du capital social, il en résulte que l'assemblée est légalement constituée.

RAPPORT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.

M. le Dr Pannetier, administrateur-délégué, donne lecture du Rapport du Conseil d'administration :

Messieurs,

Nous avons l'honneur de vous présenter le rapport sur le fonctionnement de la Financière médicale pendant l'exercice 1899.

Cet exercice, vous le savez, ne comporte que six mois, l'assemblée constitutive de la société n'ayant eu lieu que le 17 juin 1899. Ce faible laps de temps permet cependant de constater que le fonctionnement de notre société peut s'opérer dans les conditions que nous souhaitions, au moment de sa fondation.

Bilan au 31 décembre 1900.

ACTIF

Espèces en caisse	142.23
Société Générale	839.75
Société francaise de reports	110.743.10
Comptes-courants (Emprunteurs)	101.600.00
Frais de constitution et d'établissement	8.815.48
Dû par la Participation au 31 décembre	2.079.18
	224.219.74

PASSIF

Capital		220.000.00
Créditeurs divers		1.734.51
Solde du compte profits et pertes réparti comme suit :		2.485.23
Fonds de réserve	124.26	
Bénéfices à distribuer	2.360.97	
		224.219.74

Compte des profits et pertes.

DOIT

Frais généraux	1.999.71
Amortissement des frais de constitution et d'établissement	226.04
Fonds de réserve	124.26
Bénéfices à distribuer	2.360.97
	4.710.98

AVOIR

Intérêts divers reçus par la Société Générale		180.35
la Société française de reports		1.743.10
la Participation	708.35	2.787.53
Intérêts sur prêts	1.355.17	
Part proportionnelle sur ristournes	724.01	
		4.710.98

Le bilan se solde, à l'actif et au passif, par la somme de 224.219 fr. 74.

A l'actif nous relevons la somme de 101.600 fr. qui représente le montant des prêts consentis aux sociétaires de la Participation. Ces prêts sont au nombre de 151 variant de 100 fr. à 19.800 fr.

Chacun de ces prêts est représenté par une reconnaissance sur timbre, signée par l'emprunteur et l'administrateur délégué de la Financière et faite en double ; cet acte est accompagné d'une quittance régulière.

Nous souhaiterions que ces prêts fussent plus nombreux, mais la Participation, fidèle à ses principes de faire l'assurance au prix de revient, n'a pas voulu prendre part à la guerre de tarifs engagée par les compagnies à primes fixes et n'a pas multiplié ses agents : elle préfère se développer lentement, attendant le moment où des compagnies, ayant obéré leurs finances par des contrats à prix réduits, seront obligées d'élever leurs primes. Il faut lui accorder le crédit dû à toute œuvre qui commence, d'autant que ses débuts sont faits pour faire envisager favorablement l'avenir.

Mais les fonds que ne nous ont pas demandés les sociétaires de la Participation, nous devions les employer ; nous ne pouvions les laisser en compte courant à la Société générale où l'intérêt produit était insignifiant. Nous les avons déposés à la Société Française de Reports et Dépôts, rue Louis-le-Grand, qui nous offre toute garantie de sécurité et où ils nous ont rapporté un intérêt variant de 2 fr. 70 à 5 fr. 27 %.

Ils restent à notre disposition, les comptes étant réglés tous les 15 jours. Nous avons actuellement, en dépôt à cette société, la somme de 110.743 fr. 10.

Notre compte courant à la Société générale reste ainsi très peu important : 839 fr. 75 et nos fonds en caisse sont réduits au strict minimum : 142 fr. 23.

Les frais de constitution et de 1[er] établissement figurent pour la somme de 8.815 fr. 48. En réalité, ils étaient plus élevés, ils atteignaient la somme de 11.522 fr. 82 bien élevée pour une société comme la nôtre et cependant réduite par des concours de bonne volonté.

La société civile du « *Concours médical* » a bien voulu amortir ces frais par une somme de 2.481 fr. 30 *produit de la souscription initiale pour frais d'étude*, les réduisant ainsi à 9.041 fr. 52.

Nous serons vos interprètes en adressant à son *Conseil de direction* nos plus chauds remerciements ainsi qu'aux médecins qui ont participé à la souscription ouverte par le *Concours* pour frais d'études.

La différence entre la somme de 9.041 fr. 52 et celle de 8.815 fr. 48 portée au bilan comme frais de constitution, provient de l'amortissement fait dans les six premiers mois, soit 226 fr. 64.

La rubrique Participation, qui figure pour le chiffre de 2.079 k. 18, représente les intérêts et ristournes que nous doit la Participation pour l'exercice 1899.

Au passif nous trouvons le capital social : 220.000 francs. Les créditeurs divers sont inscrits pour 1734 fr. 51, savoir : frais de 1[er] établissement, d'enregistrement, frais de jetons de présence ; enfin, le compte de profits et pertes figure pour 2.485 fr. 23, somme qui se répartit comme suit : Fonds de réserve (art. 20 des statuts) 124,26, le 20[e] de nos bénéfices et enfin bénéfices à distribuer : 2.360 fr. 97.

Si maintenant nous prenons le compte des profits et pertes, nous trouvons au débit :

1° Les frais généraux pour 1899 : 1999 fr. 71 qui représentent, savoir : le loyer, le traitement de l'employé, celui de l'administrateur délégué, les jetons de présence des administrateurs, frais de correspondances et renseignements, etc..

2° L'amortissement des frais de constitution et d'établissement : 226 fr. 04. Nous vous proposons d'amortir ces frais en 20 années ; c'est donc un quarantième pour l'exercice écoulé de six mois.

3° Le fonds de réserve dont nous avons parlé plus haut : 124 fr. 26.

4° Enfin les bénéfices à distribuer, soit 2.360 fr. 97 au total 4.710 fr. 98.

Par contre le crédit porte :

Intérêts reçus de la Société générale.	180,38
» » » » française de reports	1743,10

Participation.

Prêt direct...............	708.38	2.787 fr. 53
Intérêts sur prêts.........	1.355.17	
Ristournes..................	724.01	
Total égal......	4.710 fr. 90.	

Nous ferons remarquer que les sommes versées par la Participation représentent un revenu de 7 fr. 70 % par an.

Vous voyez, Messieurs, par ces chiffres divers que notre Société a commencé à fonctionner d'une manière normale et a déjà donné des résultats matériels, sans parler des intérêts moraux.

La somme disponible permettrait de distribuer un dividende de un franc environ par action ; mais nous vous proposons de reporter cette somme de 2.360 fr. 97 à l'exercice suivant.

L'année 1900, qui aura été un exercice complet nous permettra de distribuer un dividende normal, dans lequel nous retrouverons les bénéfices de notre premier exercice semestriel.

Ce n'est pas ici, Messieurs, le moment de faire ressortir les avantages d'un autre ordre, que nous assure la création de la Financière médicale et son entente avec la Participation : ces bénéfices spéciaux, il vous est loisible de les augmenter, en faisant, en faveur de la Participation, toute la propagande possible. A mesure que celle-ci verra s'accroître le nombre de ses sociétaires, vous recueillerez, Messieurs, les avantages que vous assure le titre d'actionnaire de la Financière médicale.

Nous pouvons donc terminer ce rapport en vous affirmant qu'il y a lieu d'envisager l'avenir avec d'autant plus de confiance, que votre concours actif ne nous fera pas défaut. »

M. le Dr Petit, commissaire des comptes donne lecture de son rapport :

Rapport du commissaire des comptes de la Financière Médicale

pour le premier exercice. Juin-31 décembre 1899.

Mes chers Confrères,

Dans votre assemblée générale du 17 juin 1899, vous m'avez fait l'honneur de me confier le mandat de commissaire vérificateur des comptes de notre Société, prévu en exécution de la loi du 24 juillet 1867 ; je viens aujourd'hui vous rendre compte de ma mission.

Le bilan-inventaire qui vous est soumis, est arrêté au 31 décembre 1899. Il se totalise, tant au débit qu'au crédit par la somme de 224.219.74 fr.

Si du solde créditeur..............		2.711 fr. 27
Nous déduisons pour l'amortissement de l'installation 1/40 ou......	226 fr. 04	350 fr. 30
Et la réserve légale.....	124 fr. 26	
Il nous reste net à distribuer......		2.360 fr. 97

Soit 1.07 par action pour 6 mois d'exercice.

Votre conseil a pensé, et je ne puis que vous engager à approuver cette sage mesure, qu'étant donné ce faible dividende, qui était d'ailleurs à prévoir, pour un aussi court exercice, il n'y avait pas lieu de faire de répartition aux actionnaires qui retrouveraient cette somme en augmentation, l'année prochaine.

J'arrive à l'appréciation des Ecritures sociales.

L'organisation de la comptabilité est méthodique et bien comprise ; elle sera suffisante quand on l'aura complétée par un livre « Inventaires » exigé par la loi. Un chapitre « agencement » serait à créer aux Comptes généraux.

L'inspection des livres m'a montré que le bilan qui vous est soumis, en était bien la fidèle représentation.

On m'a fourni toutes les pièces de recettes et de dépenses, à l'appui des articles, et je les ai trouvées en conformité avec les passations.

Les comptes d'intérêts de la Société générale, de la Société des reports, de la Participation, sont exactement établis. Quant aux ristournes, l'absence, dans le compte de la Participation, des pourcentièmes, qui varient avec les régions assurées, m'en a rendu la vérification impossible.

Je n'ai plus, en terminant, qu'à insister très particulièrement, auprès de l'assemblée générale, dans un esprit de sauvegarde de ses intérêts, pour que les renseignements pris sur la solvabilité des emprunteurs continuent d'être recherchés d'une manière précise et sûre, avant qu'on ne traite avec eux, et même pour qu'on suive plus tard cette situation d'une façon régulière, si on veut rester dans les mêmes conditions de sécurité qu'au départ.

On ne devra en effet jamais oublier que « La Financière Médicale » n'a d'autre garantie vraie de la valeur de ses créances que la cote de crédit de l'emprunteur et la bonne marche de ses affaires.

Paris, le 23 mai 1900.

Dr A. Petit.

M. le Président met aux voix : 1° l'approbation des comptes de l'exercice 1899. Ils sont adoptés à l'unanimité.

2° L'amortissement des frais de premier établissement en 20 années est également approuvé à l'unanimité.

3° L'assemblée adopte, également à l'unanimité, la proposition du Conseil d'Administration de reporter à l'exercice 1900 la somme de 2360 fr. 97, représentant le montant des bénéfices réalisés en 1899.

Sur la proposition de M. le Dr Grabinski, M. le Dr Petit est réélu commissaire des comptes pour 1900 et M. le Dr Bitterlin est réélu commissaire-adjoint.

Les honoraires du commissaire des comptes sont fixés à 300 fr. pour l'année.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 3 heures.

Pour le Conseil d'administration,
L'administrateur délégué,
Dr Pannetier.

LA SEMAINE MÉDICALE

Injections uréthrales de cocaïne contre la rétention d'urine

M. le Dr *Martel*, de Saint-Etienne, signale dans la *Loire médicale* un procédé très pratique pour lutter contre la rétention d'urine, due presque toujours à un spasme sphinctérien de l'urèthre.

« En présence d'une rétention aiguë, le chirurgien, au lieu d'avoir recours immédiatement

au cathétérisme, doit user des moyens de douceur (cataplasmes, lavements chauds), et, en cas d'insuccès, essayer, avant la sonde, l'injection tiède d'une solution cocaïnée avec une seringue uréthrale ordinaire.

Voici la technique mise en usage par M. L. Martel :

On se sert d'une solution de cocaïne à 1/50 ; l'injection, tiède ou chaude, est faite avec une seringue uréthrale ordinaire de la capacité de 6 à 7 centimètres cubes et poussée sans force. Au retrait de la seringue, le méat étant obturé et pincé avec les doigts, on fait quelques malaxations du canal, tendant à refouler l'injection qui le distend, vers l'urèthre profond ; une ou deux minutes suffisent ; le méat relâché 4 à 5 grammes de l'injection s'écoulent. Au bout d'un temps plus ou moins long, le malade, qui a continué à souffrir de coliques vésicales sent brusquement l'obstacle vaincu et se sent uriner. Dans un cas, où l'injection a dû être pratiquée pendant cinq jours et demi, le temps écoulé entre l'injection et la miction correspondante, a été d'abord très court (deux minutes), puis d'un quart d'heure, d'une demi-heure, et une fois même, au quatrième jour, l'attente a été de trois heures. Peut-être s'était-il produit une sorte d'accoutumance ?

Un procédé si simple, si anodin, est certainement utilisable dans d'autres états aigus, tels que la rétention d'urine chez des tuberculeux, des blennorragiques, et peut-être aussi dans les rétentions par engorgement de la prostate et rétrécissement de l'urètre. Dans ces rétentions le spasme sphinctérien est souvent des plus évidents et la cocaïne peut le vaincre. La seule contre-indication à ce moyen, paraît être l'existence d'une plaie du canal (rupture ou fausse route) permettant une absorption trop facile ou trop rapide de la cocaïne.

Un signe précoce de la rougeole.

La période prééruptive de la rougeole étant depuis longtemps reconnue très contagieuse et les signes de cette période étant malheureusement fort obscurs, les auteurs se sont ingéniés à trouver des symptômes de probabilité, suffisants pour faire pronostiquer l'éruption morbilleuse, alors que personne ne la soupçonne et qu'il est capital de pratiquer l'isolement du malade.

M. Comby insiste sur la rougeur de la gorge et de la bouche (palais et face interne des joues) ; d'autres signalent la diminution rapide de poids en quelques jours : enfin, récemment, dans les *Archives médicales d'Angers*, M. le Dr Gripat, ayant examiné avec soin les muqueuses buccales et oculaires, a constaté que c'est la partie palpébrale inférieure qui est prise tout d'abord, avant la partie oculaire. La caroncule est toujours rouge avant la conjonctive qui recouvre la sclérotique. En faisant porter le regard de l'enfant en dehors, on constate que ladite caroncule fait une tache rouge et qu'elle est plus saillante qu'à l'état normal, parce qu'elle a augmenté d'épaisseur.

De plus, si on regarde l'enfant de face, on s'aperçoit, bien souvent, que le bord de la paupière inférieure est liséré d'un mince filet rouge qui tranche sur la blancheur du globe oculaire. Cela tient à ce que la conjonctive tuméfiée de la paupière inférieure s'est allongée et vient déborder derrière les glandes de Meibomius, comme fait la doublure d'un vêtement plus long que l'étoffe. Le liséré rouge donne à l'œil de l'enfant un aspect plus brillant et plus vif que de coutume. Grâce à ce signe, il serait parfois très facile de faire le diagnostic à distance.

L'asepsie indispensable en chirurgie.

Récemment, à la Société de chirurgie, le Dr *Quénu* avait insisté sur la nécessité de porter toujours des gants dans les amphithéâtres de dissection. M. Poirier ne croit pas cette précaution nécessaire, quand on dissèque des cadavres injectés comme cela a lieu à la Faculté et à l'amphithéâtre des hôpitaux ; il peut être sur ce point très affirmatif, attendu qu'il a pratiqué, à deux reprises, une série d'experiences qui ont toutes été négatives et qui ont montré que les cadavres injectés sont absolument inoffensifs.

M. Poirier s'est piqué un grand nombre de fois, il a constaté de nombreuses piqûres chez les élèves, sans jamais voir d'accidents sérieux. Quand il cumulait les fonctions de chef des travaux anatomiques et de chirurgien du bureau central, il lui arrivait souvent de quitter ses exercices de dissection, pour aller opérer un cas d'urgence à l'hôpital ; il a été heureux de constater que ses opérés n'en souffraient pas. Il conclut donc que la dissection est une bonne préparation à l'opération, mais il ajoute qu'il en est tout autrement des travaux de l'amphithéâtre d'autopsie et que, si le chirurgien peut disséquer sans danger pour ses malades, il n'a pas le droit de mettre le pied dans une salle d'autopsie.

Il est donc de toute nécessité que dans les hôpitaux, le service des autopsies soit séparé des services de clinique et assuré par des personnes différentes.

Le chlorure de zinc contre les hémorrhoïdes.

M. le docteur Gratiani Catasus, appliquant la méthode sclérogène au traitement des hémorrhoïdes idiopathiques, recommande le procédé suivant, dans le Formulaire mensuel :

Après avoir bien lavé la région, faire une onction de vaseline iodoformée sur le paquet hémorrhoïdaire, puis injecter à la base de la tumeur une seringue de Pravaz de la solution suivante:

Eau distillée............	20	grammes.
Chlorure de zinc.........	0,50	centigrammes.
Chlorhydrate de cocaïne..	0,20	—

Les malades n'accusent aucune douleur.

Dès le lendemain, se produit une petite réaction inflammatoire, puis se forme un nodule qui disparaît du quatrième au sixième jour, rarement après le quinzième. Une injection d'un gramme suffit ordinairement.

Injections sous-cutanées de cacodylate de soude.

Voici, d'après M. le Dr *Letulle*, la meilleure technique de la thérapeutique cacodylique :

« C'est toujours, et d'une manière systématique, par la voie sous-cutanée que nous admi-

nistrons le médicament. Cette méthode est très peu douloureuse et n'a jamais, pour un millier d'injections déjà faites, produit la moindre irritation locale.

« Les injections sont pratiquées une semaine sur deux, ou mieux six jours en une semaine et sont suspendues la semaine suivante. Elles sont aussi toujours arrêtées pendant la période des règles.

« Une fois la peau chirurgicalement aseptisée, l'injection est faite. La région du flanc, celle de l'hypogastre ou la région fessière, sont choisies de préférence.

« En cas de besoin, on double rapidement la dose et l'on injecte 10 centigr. de cacodylate chaque fois.

« Les résultats ne sont pas toujours constants ; bon nombre de phtisiques avancés, fébricitants et cachectiques, n'éprouvent aucun soulagement, ce qui ne saurait surprendre. Mais quelques-uns des plus malades en ressentent, parfois, d'heureux effets.

« Les tuberculoses fermées, et certains cas de tuberculose ouverte, avec craquements humides ou même souffle cavitaire, et compliqués de fièvre hectique, sont remarquablement influencés.

« L'appétit renaît, la fièvre se calme, les forces se relèvent, le poids du corps augmente.

« L'action favorable de la médication est indéfinie. »

Le guarana contre la diarrhée infantile

M. le Dr *Saint-Philippe*, de Bordeaux, a recommandé récemment, à l'Académie, l'emploi de la poudre de guarana contre l'entéro-colite infantile, si fréquente en cette saison :

D'après lui, l'entéro-colite graisseuse dysentériforme et dysentérique, est très heureusement modifiée par la poudre fraîche de pâte de guarana, qui devra être employée en macération à froid, préparée assez longtemps à l'avance.

Les doses varient, suivant l'âge, de 50 centigrammes à 2 grammes, dans les vingt-quatre heures. Elles doivent être absorbées sans interruption.

L'action physiologique, évidemment complexe, mérite d'être étudiée et mise en relief. Jusqu'à plus ample informé, c'est surtout comme substitutif et comme tonique, qu'il semble agir.

Le guarana, par sa spécificité d'action, mérite d'être mis au rang des autres remèdes *antidysentériques*.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

De l'emploi local de la levure de bière contre le catarrhe cervical,

Par le Dr Paul Petit,
Lauréat de l'Académie de Médecine.

Il y a deux ans, M. Landau, dans un travail cité par le *Deutsche medicin. Woch.*, annonçait avoir obtenu des résultats remarquables, en traitant localement la leucorrhée par la levure de bière. Les innombrables topiques proposés, en ces dernières années, pour la cure de cette affection, ayant, pour la plupart, assez mal répondu à leurs promesses, il ne fallait rien moins que l'autorité du nom de l'auteur, pour m'engager à essayer celui qu'il préconisait, d'autant que l'introduction, dans les voies génitales, d'un ferment, ne laisse pas que de choquer, au premier abord, nos habitudes actuelles.

Ajoutons, pour la levure fraîche, non desséchée, provenant directement de la brasserie, qu'elle s'altère très facilement, se laisse très aisément envahir par les bactéries. C'est pourtant ce produit qu'emploie Landau, en prenant soin de le conserver dans la glace et de le renouveler tous les 3 jours. Il le dilue, au moment de s'en servir, dans un peu de bière, de manière à former un liquide épais qu'il injecte au fond du vagin et maintient en place avec un tampon. Il retire ce tampon au bout de 24 heures et le renouvelle tous les 2 ou 3 jours ; dans l'intervalle, il ne fait pas d'injection vaginale. En procédant ainsi, il dit avoir obtenu, dans plus de la moitié des cas, une disparition complète et durable de l'écoulement, et cela sans déterminer aucun accident.

Pour quiconque a observé de bonne foi ses malades et a pu apprécier la ténacité de l'affection en cause, de pareils résultats semblent peu acceptables. Aussi ai-je été assez surpris de constater que, telle série de cas s'y prêtant, le pourcentage des succès pouvait encore augmenter.

Landau a expérimenté sur 40 malades atteintes de catarrhes chroniques, nettement gonococciques ou qui semblaient, de par leurs antécédents, relever d'une blennorrhagie antérieure.

Je compte, pour ma part, environ 25 observations. Sur ce nombre, une blennorrhagie aiguë n'a été en rien modifiée, si bien que je ne me suis pas cru autorisé à faire de nouveaux essais dans l'espèce. Toutes mes autres malades étaient des chroniques, chez lesquelles l'infection paraissait d'origine puerpérale, blennorrhagique ou mixte. Or je crois pouvoir avancer, sans exagération que, chez les 3/4 d'entre elles, le catarrhe, ou bien a complètement disparu ou bien a été considérablement atténué et amené à cet état de fluidité et de transparence qui est si proche de la guérison.

Ce qu'il y a de tout à fait remarquable, c'est la rapidité avec laquelle ces résultats sont obtenus. Landau affirme que l'on n'a parfois besoin que d'une ou deux applications. C'est parfaitement exact. Le plus souvent, cependant, après la première, l'état reste stationnaire ; parfois même, si l'on ne réfléchit pas au rôle propre de la leucocytose, on peut le croire aggravé : l'écoulement peut être en effet plus abondant, plus coloré et il peut s'y joindre un peu de rougeur de l'ostium cervicale. Mais, dès le second ou le troisième pansement, la scène change : l'écoulement diminue d'abondance, de consistance et se clarifie. Je dirais volontiers qu'au bout de 4, 6, 8 pansements, au plus, renouvelés tous les deux jours, l'effet cherché doit être obtenu et qu'il est inutile de pousser plus loin l'expérience.

Comme Landau, je me suis servi de levure fraîche, mais en prenant soin de renouveler chaque jour ma provision.

A son exemple, j'ordonne à la malade d'enlever le tampon imprégné de levure, le jour qui suit son application, ou bien je l'enlève moi-même, au bout de 48 heures, et, avant de le remplacer, je fais une injection d'eau bouillie. Le tampon étant très imbibé et la levure, diluée,

la malade doit se garnir ; elle doit aussi faire, matin et soir, un savonnage vulvaire, sous peine d'une odeur aigrelette, assez pénible. Dans 3 ou 4 cas, j'ai joint, au pansement vaginal, une instillation intra cervicale, sans profit apparent mais sans dommage aucun.

Au reste, à part l'odeur plus haut signalée et qu'il est facile d'éviter, ce mode de pansement. contrairement aux appréhensions légitimes qu'il peut inspirer, m'a paru sans inconvénient. Je n'ai même pas eu à combattre les sensations de prurit intra-vaginal. signalées par Landau et qui céderaient à des injections alcalines.

Je rappelle que la levure de bière de bonne qualité, non altérée, se présente sous forme de pâte homogène, de couleur café au lait et ayant l'odeur de bière. Voulant avoir des résultats comparables, je n'ai jusqu'ici employé que ce produit. La levure sèche serait d'un emploi plus commode, mais celle dont j'ai fait l'essai, dans un cas, ne m'a pas paru avoir la même activité. Je compte recommencer, avec des produits d'autres provenances. On peut du reste se rendre à peu près compte de la valeur et du degré de conservation des levures sèches, en les mettant en présence d'une solution sucrée. Cette solution stérilisée peut aussi servir avantageusement à les diluer, au moment du pansement, puisqu'elle les met immédiatement en action.

Les difficultés du traitement de l'endométrite cervicale ne sont pas à nier. Ces difficultés sont en proportion de l'angustie, de la déviation du canal cervical — de la profondeur, de la multiplicité et du degré de division des glandes — sans compter la nature même des germes en cause, leurs alliances, — la constitution de la malade, c'est-à-dire le terrain, — les chances continuées ou renouvelées d'auto-intoxication ou de contamination exogène.

En fin de compte, pour obtenir la guérison, il faut : ou bien détruire la plus grande partie des glandes et stériliser les tissus qui serviront à les reconstituer, ou bien employer simplement des agents suffisamment actifs et qui les puissent pénétrer, de l'embouchure à la profondeur.

Pour le premier mode de traitement, celui qui a la prétention d'être radical, les caustiques étant à rejeter, pour des raisons que chacun sait, la plupart d'entre nous pratiquent actuellement l'évidement du col au bistouri ou avec des curettes spéciales, évidement qui doit être suivi de pansements soigneux et prolongés, et encore la réussite complète, c'est-à-dire la non récidive, même avec cette garantie, fait-elle parfois défaut. Je me suis cependant trop souvent bien trouvé de cette méthode, pour n'y avoir pas encore recours, dans les cas d'endocervicite rebelles au traitement topique ou liés à d'autres lésions justiciables du bistouri et de la chloroformisation.

Quant aux agents employés pour les pansements simples, sans intervention chirurgicale, ils doivent être, je le répète, suffisamment actifs, non caustiques et très diffusibles. C'est dans cette vue que l'on a préconisé : l'électrolyse qui donne souvent de très bons résultats, les vapeurs de brôme (Nitot), les vapeurs d'eau bouillante, d'un emploi peu commode ou dangereux, etc. Parmi les topiques liquides, l'un des meilleurs est la créosote pure, hautement préconisée par Doléris ; mais la créosote ne peut rien contre l'endocervicite à glaires épaisses.

Comment expliquer l'effet local des levures de bière ? Suivant la juste observation que m'a faite M. Calmette, il n'est pas possible de faire entrer en ligne de compte l'action phagocytaire, qui n'existe pas chez elles. Au reste, comme elles ne sont pas mobiles, il est peu probable qu'elles pénètrent dans les glandes. Ce que nous savons bien, c'est qu'elles respirent à la manière des végétaux, en dégageant d'énormes quantités d'acide carbonique et en absorbant de l'oxygène ; elles créent donc, dans les voies génitales, une atmosphère toxique pour tous les microbes aérobies.

On pourrait aussi penser à l'action propre du ferment intra-cellulaire (zymase ou diastase) sur les microbes ; mais comme le ferment ne peut traverser l'enveloppe cellulaire des levures, comme c'est le glucose qui doit traverser cette enveloppe pour aller à lui, cette action ne serait donc compatible qu'avec la fonction phagocytaire, fonction qui, encore une fois, ne peut entrer en ligne de compte, si ce n'est, peut-être, d'une façon indirecte, du fait de l'exagération de la diapédèse. Il se pourrait bien, en effet, comme nous l'avons fait pressentir, que les levures, accentuassent, tout d'abord, d'une façon favorable, la prolifération des cellules migratrices, tout en asphyxiant les aérobies.

Je ne suis pas en mesure d'indiquer, d'une façon précise, les conditions les plus favorables à l'action de la levure de bière. Comme on pouvait s'y attendre, la sténose de l'orifice externe du col est un facteur, sinon rédhibitoire, tout au moins assez désavantageux. Mais contrairement à ce qui a lieu, pour les topiques usuels, l'abondance et la densité de la glaire n'ont pas d'importance.

Il serait intéressant de se rendre compte, in vitro, de la façon dont se comportent individuellement, en présence de la levure, les différents microorganismes que l'on rencontre dans la leucorrhée.

J'ai employé la levure, tantôt d'emblée, tantôt chez des malades qui, traitées chirurgicalement, avaient vu leur écoulement récidiver. Chez les unes et les autres les résultats m'ont paru le plus souvent durables.

Après être passée successivement par l'*antisepsie* et l'*asepsie*, la lutte contre les microorganismes est entrée, avec l'apparition des sérums antitoxiques, dans une phase toute nouvelle, à laquelle devra tout naturellement se rattacher la neutralisation méthodique et in situ, des germes les uns par les autres. C'est par les levures que Pasteur a commencé l'étude des infiniment petits. C'est donc bien à elles que revient l'honneur, d'entrer, des premières, en lice, pour le bon combat. Assurément il faut se garder des enthousiasmes prématurés, je crois cependant pouvoir affirmer que le pansement, préconisé par Landau, mérite grande attention et qu'il est sans inconvénient. Bien entendu il faut veiller à la qualité du produit, ne pas employer une levure dans laquelle les saccharomycètes, morts par autophagie, faute d'aliments, se trouvent remplacés par des germes plus ou moins nuisibles ou indifférents.

MÉDECINE PRATIQUE

Un cas de néphrite albumineuse. Un mot sur le traitement.

Mlle Louise H.., âgée de 17 ans, a passé la nuit du 13 au 14 février 1897 au bal, et n'a pas cessé un instant de danser (1). Cette jeune fille est d'une bonne santé habituelle et n'a pas eu d'autre maladie qu'une fièvre scarlatine en 1888.

15, 16, 17, 18 février.— Le 15, la malade prend le lit, souffrant d'une angine double avec points blancs pultacés.

19 au 28 février. — Guérison de l'amygdalite et bonne santé du 19 au 28 février. Les règles apparaissent le 28 sans aucun malaise.

1-2 mars.— La malade se promène.

3 mars. — Mademoiselle se lotionne complètement tout le corps à l'eau froide. Vers 10 h. du matin, éruption rapide et fugace au visage et aux mains d'une durée de quelques minutes, deux heures après les lotions.

4. — Mêmes lotions, même éruption à la même heure.

5. — Pas de lotions, malaises.

6. — Lotions froides. Nausées, se sent bien le soir. Pourtant elle se plaint d'engourdissement des genoux et l'on remarque de l'enflure aux doigts et aux mains.

7. — La malade a eu des vomissements. Nous la voyons ce jour pour la première fois et constatons de la bouffissure de la face et de l'œdème des paupières et des jambes. Les urines se prennent en bloc par la chaleur, et l'on dirait le blanc très net d'un œuf sur le plat. Absence de douleurs lombaires. T. 38°.

8. — A partir du 7 mars, nous avons suivi la malade et l'avons soumise au régime lacté. Tannin, frictions, sudation, etc.

Le 8 elle a des hoquets et des nausées, mais plus de vomissements.

La langue est blanche et l'on trouve une grande sensibilité à la région rénale et hypochondriaque des deux côtés.

9, 10, 11. — L'œdème disparaît. Le précipité par la chaleur devient moins abondant et, au lieu de se prendre en bloc, forme des poussières épaisses. Urines noirâtres.

12, 13. — L'analyse des urines donne 13 gr. 50 d'urée — 2 gr. 50 d'albumine par litre (émission de 2.000 gr. par jour environ), cylindres *granuleux*, hématies peu nombreuses, globules de pus, quelques épithéliums des voies supérieures.

14. — Hématurie. État général excellent, facies rose, sommeil. Pas de nausées, ni de douleurs des hypochondres.

15, 16, 17. — Les urines tendent à reprendre leur coloration normale, mais encore un peu de sang. Rein droit un peu douloureux.

La température ne dépasse pas 37°5. Lait pris à contre cœur.

18, 19, 20, 21. — Apparition des règles le 21.

22, 23, 24, 25. — Rien de particulier. Les urines ont l'aspect gris sale comme avant l'hématurie.

26. — Epistaxis.

(1) Elle a subi en rentrant du bal un refroidissement dans un état de surmenage complet.

27. — A vomi son dîner composé de lait et de crème après avoir pris dans la journée 1/2 bouteille de champagne — sans ordonnance.

28. — Vomissements de glaires bleues vers 10 heures.

29, 30, 31. — Hoquets. L'hématurie a reparu le 30, probablement à cause du champagne. Régions rénales non douloureuses, pas de douleurs lombaires. Ni bouffissure, ni mouches volantes, ni maux de tête, ni souffle cardiaque, ni bruit de galop.

L'embarras gastrique consécutif à l'indigestion provoquée par le champagne a disparu avec des laxatifs. Ceux-ci ont amené l'évacuation de matières abondantes et dures.

Les urines analysées de nouveau le 30, contiennent 4 gr. 80 d'albuminurie par litre (émission 1 litre 1/2 par jour environ). Elles sont plus purulentes que sanguinolentes, et renferment beaucoup plus de leucocytes que d'hématies. Pas de cylindres, mais seulement des épithéliums des voies urinaires inférieures.

1, 2, 3 avril. — Vomissement à partir du 1er, glaires bleu foncé ; selles vert poireau ; hoquets. Hématurie continue.

4, 5, 6, 7, 8. — Ni hoquets, ni vomissements. Ne souffre pas. Se trouve bien, mais toujours du sang dans les urines.

9, 10, 11. — Epistaxis le 10 ; une vingtaine de gouttes de sang.

12. — Vomissements. On prend maintenant 1 litre de lait environ, à contre-cœur — des crèmes, du café, du chocolat, des biscuits.

13, 14, 15. —Nouvelle analyse : 4 gr. d'albumine par litre — ni pus ni cylindres, hématies. La malade modifie son régime quelle ne veut plus accepter. Elle suit un régime mixte en ajoutant à celui indiqué plus haut, du pain, du beurre et un peu de viande. Aussi l'on voit augmenter la densité de l'urine et l'urée.

15 au 23 avril. — L'hématurie diminue.

24, 25. — Diminution considérable de l'urée. Œdème facial. Albuminurie 4 grammes.

26, 27, 28, 29. — L'œdème diminue. Bon état général. Pas de manifestations cardiaques. Les urines ont l'aspect presque normal.

L'urée a augmenté et repris un mouvement ascensionnel.

6 mai. — Plus d'hématurie ; bon état général. 3 gr. 50 d'albumine.

6 au 20 mai. — L'albumine diminue et tombe à 1 gramme, avec exarcerbation lorsqu'il y a des œufs dans l'alimentation. Bon état général ; peu d'anémie.

25 mai. — Excellent état général. Moins de 1 gr. d'albumine.

22 juin. — De temps en temps encore 1 gr. 50 d'albumine *par jour*. Etat général excellent. Exercice.

Juillet-août. Excellente santé. Moins de 0 gr. 40 d'albumine.

Septembre. — Après une fatigue ou un voyage, l'albumine s'élève encore de 0 gr. 50 à 1 gr. 50 par jour.

Février 1898. — 0 gr. 35 d'albumine. Bon état général.

Réflexions.

Cette observation comporte diverses réflexions. Au point de vue étiologique, on pourrait d'a-

bord longuement discuter sur la série des accidents pathologiques qui se sont produits chez une rhumatisante — puisqu'elle a eu une scarlatine, et sur le rôle de l'angine pultacée, porte ouverte à l'intoxication. On pourrait aussi se demander si les reins n'étaient point malades avant le début des accidents.

Mais nous ne voulons envisager que le point de vue du traitement.

Assurément, le régime lacté absolu est le traitement de choix des néphrites, mais combien peu de malades sont capables de le suivre pendant plusieurs mois !

La question du régime dans les néphrites, traitée dans le *Concours médical du* 18 *juin* 1898, est en effet une question très importante et nous pensons, comme M. F. Hirschfeld, qu'il faut éviter l'uniformité de l'alimentation et proscrire certains aliments qui peuvent irriter le rein, comme les salaisons, les produits fumés, les condiments, les spiritueux, les radis, etc., mais que si le lait convient aux accès aigus, il ne convient pas dans certaines circonstances, notamment lorsque la maladie prend une allure chronique. Il est alors permis de tolérer le régime mixte : pain, légumes, fruits, sous toutes les formes, et, d'après Bunge, faire une large part au riz.

Notre malade, malgré la présence d'une assez grande quantité d'albumine, n'a pas suivi le régime lacté absolu plus d'un mois. Malgré les hématuries et les lésions rénales, elle s'est refusée au régime lacté et s'est mise au régime mixte dont elle ne s'est pas mal trouvée, puisque l'albumine a diminué considérablement à partir de ce moment. Mais, d'autre part, il importe de signaler chez elle l'action néfaste de l'alcool sous forme de champagne.

D'ailleurs, nous pourrions citer plusieurs cas désespérés de néphrite parenchymateuse où le malade, *condamné*, a été mieux et a guéri à partir du jour où les médecins, en désespoir de cause, lui ont permis de manger à sa guise.

Par contre, il est vrai, on pourrait citer de nombreux exemples où la rupture du régime lacté quand il y avait encore de l'albumine, a produit des désastres.

En résumé, nous pensons, avec tous les médecins du reste, que la *diète lactée* convient *seule* aux accidents aigus de néphrite. On prescrira le lait seul, par fractions, et c'est progressivement que l'on arrivera à faire prendre quatre litres en débutant par un litre.

Lorsque la répugnance viendra, on fera absorber le lait en y ajoutant une eau alcaline ou en l'aromatisant : il y a bien des façons de le faire accepter.

Lorsque l'albumine aura disparu, on prescrira le régime mixte, d'après Senator : pain blanc avec ou sans beurre, soupes à la crème et à la farine, ou, selon G. Sée et Hate White : lait, farineux, viandes, beurre, macaroni, sucre, viandes noires braisées et viandes blanches, en petite quantité, légumes surtout ; très peu de liquides alcooliques.

Si l'albumine persiste après plusieurs mois et que le malade s'affaiblisse et menace de s'anémier irrémédiablement, on instituera le régime mixte.

Dr Courgey.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'encombrement médical

Un confrère — qui a le grand tort de se désigner par cette signature plutôt vague, X** membre du Concours, et qui s'excuse, sans doute en se comparant à l'apôtre prêchant dans le désert — m'écrit : « La cause est entendue, pourquoi continuer à discourir, alors qu'on est en train de battre sérieusement en brèche les dernières murailles de notre fortune ? que l'on adopte sans délai le projet qui semblera le meilleur et qu'on l'impose à nos honorables députés. Une pétition signée par tous les médecins de France aurait un poids considérable..... que les discussions stériles soient donc closes et que l'action commence. »

Rien de plus simple en théorie, mais en pratique ?

Écoutons la conversation que rapporte le Dr Duchesne, elle est bien faite pour refroidir les enthousiasmes.

Le Nestor, que je crois bien reconnaître et que l'expérience a cuirassé contre les emballements, répond : « La Société ne commencera à s'émouvoir que lorsqu'elle se sentira menacée, le remède ne sortira que de l'excès du mal. » Il me paraît bien près de la vérité, et je crois que nous avons encore le temps de discourir.

Une entente unanime ! — Ah bien, elle n'est pas faite.

Une pétition de tous ! — Notre confrère ignore-t-il que, sur mille médecins interrogés, cinquante à peine répondent ? encore est-ce à la condition qu'il s'agisse d'une question capitale et d'un intérêt immédiat.

L'encombrement médical est certes un des problèmes qui devraient nous passionner tous. — Combien s'en préoccupent sérieusement ?

Et je ne parle pas seulement de ceux que l'âge ou qu'une situation personnelle peuvent désintéresser, qui ne songent pas à se mettre martel en tête pour le plus grand bien de leurs arrière-neveux. Ceux-là approchent de la fin de leur carrière ou bien se sont fait une place suffisante au soleil, peu leur importe.

Mais parmi les autres, combien se préoccupent de l'avenir ? Combien même s'efforcent de conserver au médecin ses prérogatives ?

Ne dirait-on pas que nombre d'entre eux s'efforcent encore de réduire le domaine médical ?

N'entendons-nous pas, chaque jour, professer que l'hygiène est tout et que les maladies guérissent d'elles-mêmes ? Ne voyons-nous pas des conférenciers s'efforcer de vulgariser les pratiques médicales et créer autour d'eux une atmosphère d'exercice illégal ?

Nous avons les ligues contre la tuberculose — loin de moi la pensée de les blâmer — mais leurs orateurs ménagent souvent trop peu l'action légitime du médecin et laissent trop croire que celui-ci n'a plus à intervenir.

Nous avons les Sociétés de secours aux blessés, et leurs conférenciers s'acharnent à apprendre au public et le pansement des blessures et le traitement des complications. Parlerai-je de ceux qui, voyant ces sujets épuisés par des confrères qui les ont précédés, traitent de questions médicales étrangères ?

Et toutes ces notions médicales ainsi répandues dans le public qui souvent d'ailleurs les digère mal, se retournent contre nous ; tel auditeur en sortant de la conférence se croit parfaitement capable de suppléer le médecin et n'attend que la première occasion de mettre en évidence ses aptitudes nouvelles.

Nous nous plaignons de voir les malades aisés encombrer les services chirurgicaux des hôpitaux — là encore bien des médecins, s'ils font leur examen de conscience, peuvent prononcer le meâ culpâ, car c'est souvent par des exagérations de tarif qu'ils ont éloigné d'eux les malades. Tel qui ne consentirait jamais à opérer à moins de la forte somme, s'empresse de dire : « Entrez dans mon service d'hôpital, je vous opérerai gratis. ».

Que citerai-je encore ? Partout c'est le médecin qui s'efforce à donner les moyens de se passer de lui. Et pourquoi ? pour se mettre en évidence un moment !

L'exercice illégal n'est-il doncpas assez florissant que nous songions encore à le perfectionner et à l'étendre ?

Le Dr Henriet insistait sur les dangers de l'exercice illégal qui ne nous nuit pas à nous seulement, et il avait bien raison. Conserver notre domaine, ce devrait être notre premier devoir, d'autant que le moyen est à notre portée et qu'en ce faisant nous agirons encore dans l'intérêt général.

Restreindre le nombre des étudiants, c'est bien, c'est nécessaire même — mais quand arriverons-nous à ce résultat ? Tandis que nous pourrions immédiatement, et sans grand effort, conserver ce qui nous reste.

On l'a dit dès longtemps, le plus grand ennemi du médecin, c'est le médecin lui-même. Ne se corrigera-t-il donc jamais de cette manie qui le fait se déchirer de ses propres mains ?

Nous n'avons pas à nous illusionner : aux yeux du public, à ceux de nos gouvernants, le médecin n'est nullement intéressant, et, si l'on s'occupe de lui, c'est toujours pour lui rogner les ongles.

On ferait un volume des inepties débitées sur notre compte par des ministres, par des députés, par des sénateurs — et nos confrères qui cumulent ces mandats ne sont eux-mêmes pas toujours à l'abri du reproche — la littérature et le théâtre qui autrefois dépeignaient le médecin sous les traits bonhommes de l'ami de la maison, du confident sûr, de l'ami de la bonne comme de la mauvaise fortune, en font maintenant le suppôt de tout les vices ; la Presse n'exulte jamais tant que lorsqu'elle peut écrire en vedette « encore un scandale médical » ; la magistrature....., mais à quoi bon prolonger l'énumération ?

Prenons donc les choses telles qu'elles sont et ne nous berçons pas du fol espoir de remonter le courant en un jour. Ne désespérons pas, non sans doute, et efforçons-nous par une lutte incessante d'obtenir une situation meilleure ; mais commençons par nous réformer nous-mêmes et sachons conserver le peu qui nous reste.

Dr A. Gassot.

Le 25 mai 1900.

A Monsieur le Directeur du *Concours médical*,

Monsieur et très honoré Confrère,

Vous organisez une enquête, auprès des médecins de France, sur l'encombrement médical et vous nous demandez, à tous, notre avis sur les moyens de remédier aux inconvénients que cause l'augmentation du nombre des médecins. Il me semble qu'à des appels de ce genre, chacun de nous devrait toujours répondre, pour qu'au moins ceux qui prennent l'initiative de réformes sachent dans quelle direction s'orienter et donner, à l'appui de leurs propositions, l'approbation d'un certain nombre de leurs confrères.

Bien que je ne sois pas tout à fait de l'avis du *Concours médical*, je suis certain que vous prendrez cependant en considération, au sujet de la pharmacie, les réflexions que je vous soumets et que j'aurais voulu pouvoir développer davantage. Mais, dans la campagne, les longues courses ne permettent guère l'élaboration de longs mémoires. Je vous envoie donc ces quelques réflexions, pas neuves assurément, mais qu'il me semble utile de répéter en souhaitant que tous nos confrères français vous donnent également leur avis, ce qui serait la meilleure manière de vous remercier et de vous montrer que vos préoccupations confraternelles ne rencontrent pas que des indifférents.

Dans son rapport à l'Union des Syndicats médicaux de France, sur l'Assistance médicale gratuite, le 21 novembre dernier, le Dr René Millon dit, page 12, que de 1847 à 1891, le nombre des médecins a augmenté de 46 % en Seine-et-Oise, Bouches-du-Rhône, Seine-Inférieure, Nord, Rhône et Seine. Dans les autres départements, il aurait diminué de 20 % à 43 %. Il semblerait d'après cela que l'effectif a plutôt diminué qu'augmenté. Mais nous n'avons pas les chiffres des neuf dernières années. A la campagne, il est d'ailleurs assez difficile de se procurer des renseignements de cette nature. Je vois dans la « Tribune de la Nièvre » du 23 mars 1900 qu'en Allemagne il y avait au 15 octobre dernier un médecin pour 1956 habitants et que depuis 1886 le nombre des médecins s'est accru de 63,8 %, alors que dans la même période l'augmentation de la population n'était que de 11,5 %. Il doit en être à peu près de même en France, les chiffres restant un peu moindres dans leurs rapports, puisqu'ici la population est stationnaire.

Bien que les chiffres officiels me manquent, il n'est pas difficile d'arriver à la même conclusion par l'observation des faits. En effet, il y a quinze ans, il me semble bien qu'on ne voyait pas dans les journaux médicaux aux articles « intérêts professionnels » autant de plaintes qu'on en voit aujourd'hui. De plus, aux chapitres : « ventes de clientèles », les demandes d'indemnités pour cession de celles-ci, étaient beaucoup plus élevées qu'aujourd'hui.

Enfin, il n'y a pas longtemps, dans une assemblée de médecins, le professeur Brouardel a affirmé qu'actuellement les médecins en France étaient trop nombreux et que la crise qui résultait de leur multitude durerait trente ans encore.

Tenons-nous en donc à cette déclaration, considérons que nous sommes trop nombreux, que notre nombre va encore s'accroître pendant quelques années par l'appoint des étudiants en cours d'étude et dont le nombre ne décroîtra que peu à peu et cela reconnu, regardons l'encombrement comme irrémédiable et cherchons autre chose.

Je ne crois d'ailleurs pas que les médecins eux-mêmes réussiront à éloigner les jeunes gens de la carrière médicale. La défaveur sur notre métier viendra d'elle-même, simplement, lorsque le public sera convaincu, par sa propre observation, que le profit est mince et que le diplôme ne rapporte pas en proportion de ce qu'il a coûté.

Pour les barrières à mettre à l'entrée de la carrière, certaines sont bonnes comme l'obligation du diplôme de bachelier ès-lettres classiques, car, sauf

de rares exceptions, un homme est honnête en proportion de la somme de travail qu'il a fournie dans sa jeunesse. Rendre les examens de médecine un peu plus difficiles serait aussi utile pour la même raison. Mais augmenter les ennuis que cause déjà le service militaire, exiger certaines conditions physiques, établir une limite d'âge pour les études, limiter le nombre des étudiants, tout cela me paraît sentir un peu trop la mauvaise humeur produite par la concurrence et les jeunes gens d'aujourd'hui auraient le droit de demander, à ceux qui préconisent ces moyens, ce qu'ils auraient eux-mêmes pensé si, à vingt ans, on leur avait proposé d'embarrasser leur marche avec tous ces différents obstacles.

Quant aux étrangers, il serait peut-être juste de n'admettre, chez nous, que ceux dont le pays d'origine veut bien ne pas nous repousser : si, en Belgique, pour exercer la médecine il faut d'abord être belge, il serait logique qu'un médecin belge ne pût exercer en France. On devrait bien être aussi un peu plus sévère pour les naturalisés et si on ne peut toujours demander l'accomplissement de leur service militaire, on devrait bien ne les admettre aux fonctions publiques, qu'après un certain nombre d'années de naturalisation.

Si l'on s'en rapporte aux articles du Dr Noël dans le « Bulletin médical », une autre cause d'encombrement viendrait des démissions dans le corps de santé militaire. « Ainsi, en se basant, dit cet auteur (7 février 1900), sur le nombre des retraites nécessitées par l'ancienneté de service, sur la mortalité annuelle, on pouvait estimer, pour 1899, le chiffre des médecins militaires devant quitter le corps de santé, à une quinzaine ; eh bien, annuaire en mains, on sait que les départs se sont élevés à près de la centaine ! »,

Il est évident qu'il y a là une nouvelle cause d'encombrement. « Ces démissions, d'après le même auteur, tiendraient au favoritisme qui est tout-puissant dans le Corps de santé militaire » ; et ailleurs il donne le moyen de les fortement diminuer, moyen qui paraît bon, en ce qu'il supprime de beaucoup la part du favoritisme dans l'obtention de l'avancement : ce serait, après n'avoir accordé les 2e et 3e galons qu'à l'ancienneté, de ne donner le 4e qu'au concours, pour ne plus accorder les grades supérieurs suivants qu'à l'ancienneté.

Je ne sais si le même mécontentement existe chez les médecins de la marine et des colonies et s'il se manifeste par autant de démissions, mais il y a dans un certain nombre d'ambassades ou consulats exotiques un médecin chargé des soins à donner au personnel. Pourquoi ce confrère (français) n'est-il pas toujours un civil ? Une ambassade n'est pas un corps combattant. Je sais bien que ce serait là créer un nouveau titre : médecin d'embassades ; mais puisque la fonction existe.... D'ailleurs,je n'insiste pas, car je ne sais si le nombre de ces emplois est élevé.

Pour en finir avec nos confrères militaires et marins, je ne vois aucun inconvénient à ce qu'ils fassent de la clientèle civile ; je trouve même qu'ils ont raison d'en faire, si leurs chefs les y autorisent (à condition toutefois de ne pas employer dans ce cas les instruments de l'hôpital militaire) et si cela leur rapporte. Mais alors qu'ils paient patente. S'il n'y a pas là un vrai moyen de diminuer l'encombrement médical, il est au moins juste que nous soyons tous égaux devant les obligations de l'impôt (1).

Mais je crains bien que tous ces moyens ne soient insuffisants et, comme je le disais plus haut, que l'encombrement ne soit irrémédiable. Dans ce cas il n'y a qu'un moyen de secours, c'est d'augmenter les revenus du médecin. Et je ne vois plus qu'une façon de le faire, c'est de l'autoriser à vendre lui-même les médicaments qu'il prescrit. Je sais bien que je me mets en contradiction avec les directeurs du « Concours médical », qui ont déclaré à plusieurs reprises vouloir suivre cette ligne de conduite : « La médecine aux médecins, la pharmacie aux pharmaciens ». Tout en agissant ainsi ces honorables et dévonés confrères veulent améliorer notre situation, c'est-à-dire, en dernière analyse, faire entrer dans la caisse de chacun de nous une certaine somme d'argent supplémentaire. Mais cette somme il faudra bien la prendre quelque part. Dans la poche des clients ? Il faudrait élever les prix des honoraires et l'on risquerait de faire croire, à la masse du public, que nous gagnons encore beaucoup plus qu'auparavant et d'attirer ainsi de nouveaux candidats au doctorat. Il faut donc se retourner du côté de la pharmacie. — Nous allons léser les intérêts des pharmaciens, dira-t-on. Avec cela qu'ils se gênent, eux, pour nous léser dans les nôtres. Sauf dans quelques cas, le médecin ne peut pas faire de pharmacie ; le pharmacien, lui, fait presque toujours de la médecine et, ajoutons, est presque toujours forcé d'en faire. A moins d'empoisonnement, le pharmacien, n'est jamais, dans la pratique, responsable de l'exécution des ordonnances et si les médicaments ne font pas l'effet attendu, c'est au médecin que s'en prend le malade. Que fait le pharmacien ?, des potions, des pilules, des pommades, etc. Et on lui demande six ans de préparation et d'études pour en arriver à faire ces choses qu'on autorise le médecin de campagne à faire sans aucune étude préalable, quand il n'y a pas de pharmacien dans sa commune. Ce n'est donc pas si difficile à exécuter. Et quand le médecin est absent ou malade, qui soigne les clients ? Ce ne peut être qu'un autre médecin. Si le médecin cesse d'opérer lui-même, ses honoraires sont supprimés du coup.

Rien de tel pour le pharmacien : s'il n'est pas là, son élève le remplace, sa femme le remplace, toute la série de tous ses cousins et beaux-frères le remplacera et toutes ces invidualités sans diplôme, sinon sans mandat, recevront des ordonnances, les bâcleront, les apprécieront, donneront des conseils médicaux et tout cela le plus impunément du monde. Et dire qu'il y a des confrères qui, lorsqu'on leur parle d'exercice illégal de la médecine, songent tout de suite aux rebouteurs !

Un autre avantage qu'aurait le médecin, de vendre lui-même les médicaments, ce serait de pouvoir en vérifier la qualité, d'être sûr que le médicament a été mis dans la préparation et non pas un similaire et qu'il est de plus exactement dosé. Ici j'ai l'air d'avancer que les pharmaciens ne sont pas consciencieux. Cela mérite donc explication. D'abord il ne faut pas généraliser, car il y a des hommes honnêtes et même méticuleux partout.

Seulement croit-on que dans une commune de 1.500 ou 2.000 habitants le pharmacien soit approvisionné comme dans une ville ? A la ville il reçoit les ordonnances de 10, 15 ou 20 médecins qui, en outre des médicaments courants, prescrivent chacun quelques produits préférés. A la campagne le pharmacien ne reçoit guère les ordonnances que d'un. deux ou trois médecins. Il sait ce qu'ils prescrivent et ne s'embarrasse naturellement pas d'autres produits. Or si un jour l'un des docteurs veut donner un médicament que le pharmacien n'a pas, est-il toujours bien certain que celui-ci va le faire venir, pour en vendre deux ou trois fois et voir ensuite le flacon s'éterniser dans son officine ? Vérifier ces choses n'est pas toujours commode, on le sait. Quant à l'exactitude des doses, si j'en parle, c'est que je connais, quelque part, un pharmacien de 1re classe qui a peur de manipuler les poisons et qui d'ailleurs n'est même pas armé d'une balance suffisante pour peser un centigramme. Il est peut-être le seul de France et de Navarre, je le veux bien, mais il suffit que son cas existe, pour en signaler la possibilité. — Que fera donc le confrère qui, à la campagne (je ne parle guère en effet que de la campagne, car à la ville l'encombrement médical n'est que l'effet de la volonté arrêtée du médecin de

(1) Cette patente est obligatoire, en cas de réclamation du médecin civil.

ne pas aller s'enfouir dans un trou) que fera le confrère dis-je, qui se trouvera ainsi en collaboration forcée avec un pharmacien aussi peu sérieux ou même légèrement ivrogne (il en est, comme parmi les médecins) et dans lequel il n'a pas confiance ? Envoyer le client chez un autre ? Mais si cet autre est à 10 ou 15 kilomètres. ? — Chacun peut envisager la question sous toutes ses faces et beaucoup d'entre nous, j'en suis persuadé, y ont déjà pensé plus d'une fois.

Je désirerais donc que le *Concours médical* adressât un questionnaire, sur ce sujet, à tous les médecins de France : Selon vous, le médecin doit-il avoir le droit de distribuer et vendre lui-même les médicaments nécessaires à ses clients ? Les réponses des médecins urbains seraient sans doute variées mais je crois que les avis de ceux habitant des communes de moins 5.000 habitants seraient en majorité pour l'affirmative. Il faudrait alors faire un groupe de ces derniers et agir en leur nom auprès des pouvoirs, s'ils demandaient à distribuer eux-mêmes les médicaments. Si au contraire la majorité des campagnards se prononçait pour le statu quo, alors le *Concours médical* parlerait vraiment au nom de tous les médecins en disant : la médecine aux médecins, la pharmacie aux pharmaciens.

Et maintenant, si quelques-uns d'entre nous pensent qu'il n'est pas de la dignité du médecin de vendre des drogues, je demanderai en quoi il est moins digne de vendre un pot de pommade vingt sous, que de vendre un conseil trois francs. Le commerçant n'est pas un inférieur, il n'y a aucun avilissement à doser une potion ou peser du bismuth....

Il resterait bien encore, à parler de l'action des syndicats, pour la défense de nos intérêts, des prêtres et des religieuses, qui font de la médecine, des sages-femmes s'occupant de la gynécologie et de pédiatrie, alors que le professeur Pinard considère que c'est déjà beaucoup de les laisser vacciner.

Je dois me borner à ce que j'ai dit et vous prier, Monsieur le Directeur, d'agréer, etc.

Dr R. Baumann.

CORRESPONDANCE

Le sérum antialcoolique.

Le 9 juin 1900.

Monsieur le Directeur,

Dans le dernier numéro du *Concours médical* vous entretenez vos lecteurs des résultats obtenus par le Dr Sapelier, chez les alcooliques, par les injections de sérum antialcoolique.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien me dire où je pourrais trouver ce sérum et quel prix il pourrait coûter afin d'en instruire l'administration municipale, car il s'agirait pour moi de traiter deux malheureuses ivrognesses indigentes.

Je vous prie d'agréer, etc.

H. Plicot.

Nous avons transmis la lettre à M. le Dr Sapelier ; voici sa réponse :

Paris, le 10 juin 1900.

Mon cher Confrère,

Veuillez agréer tous mes remerciements et pour votre article (que je serais heureux de recevoir) et pour la peine que vous avez prise de m'envoyer la lettre du Dr Plicot.

Malheureusement des raisons d'ordres divers m'empêchent de satisfaire sa demande ; la loi sur les sérums interdit la vente et la distribution ; l'intérêt de la méthode exige encore une grande prudence dans l'application, un grand soin dans l'examen des sujets, pour s'assurer qu'ils sont exempts de tares, dues ou non à l'alcool, qu'ils sont bien et uniquement des alcoolomanes et non des malades ou des détraqués dipsomanes, ni des alcooliques sclérosés. Cette prudence grandit chez moi chaque jour, car sur 10 malades que me proposent des confrères, il y en a 8 pour ne pas dire 9, soit névropathes et détraqués de tous genres chez lesquels la dipsomanie (et non l'alcoolomanie telle que je la comprends) n'est qu'une manifestation de leur état morbide, soit des alcooliques invétérés chez lesquels la sclérose a envahi et détendu plus ou moins tous les organes. Comme je n'ai jamais eu la prétention de refaire un organisme neuf, mais seulement de faire réagir, contre ce poison-alcool, l'organisme intoxiqué, je me vois obligé d'exiger, pour le bien de la méthode, d'examiner les sujets moi-même.

Donc, mon cher Confrère, veuillez, avec ces explications, transmettre au Dr Plicot tous mes regrets, toutes mes excuses et tous mes remerciements.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Sapelier.

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Syndicat des médecins de l'arrondissement de Sedan

Extrait du procès-verbal de la réunion du 27 mai

Le compte-rendu de l'état actuel de nos rapports avec les Compagnies d'assurances-accidents, montre qu'une seule, la Mutuelle générale française, a accepté le tarif que nous avons adopté dans notre réunion du 21 décembre dernier. Plusieurs autres Compagnies, mises en demeure d'accepter notre tarif, l'ont refusé (Française, Espérance, Société générale des Assurances agricoles et industrielles) ; quelques-unes ont demandé, à des confrères, de signer des lettres d'adhésions à leurs tarifs, inférieurs aux nôtres (Patrimoine, Eternelle) ; d'autres demandent une diminution du forfait, sous prétexte qu'elles ne prennent pas à leur charge le certificat destiné à la mairie (Patrimoine).

Toutes ces difficultés, auxquelles nous nous attendions, nous imposent une fois de plus la nécessité de nous solidariser étroitement dans cette question. Aussi, on arrête d'une façon définitive les résolutions suivantes :

1° Conformément à la décision prise le 21 décembre dernier et communiquée aux Compagnies de la région, il est bien entendu que notre tarif est appliqué à partir du 1er Janvier 1900 à toutes les Compagnies, qu'il s'agisse de polices individuelles ou collectives, qu'il s'agisse d'assurés tombant ou non sous le coup de la nouvelle loi. Il n'est fait d'exception que dans le cas où l'on est lié avec une Compagnie par un traité antérieur, auquel cas, aussitôt l'expiration du traité, on appliquera le tarif après avoir prévenu la Compagnie en temps opportun.

2° On décide qu'on n'entrera pas en discussion avec les Compagnies qui disent ne pas se charger du certificat destiné à la mairie. Notre tarif de 10 fr. comprend : les deux certificats de constatation, l'un pour la mairie, l'autre pour la Compagnie ; le certificat de guérison pour la Compagnie. Ce prix est un forfait ; il reste le même, qu'on nous demande les trois certificats, ou seulement un ou deux. Il est entendu que tout certificat supplémentaire sera côté 5 fr.

3° Le forfait s'applique également aux sinistres rejetés.

4° Lorsqu'un confrère aura une difficulté quelconque avec une Compagnie, il la priera de s'adresser au Président du Syndicat, qui a seul qualité pour lui répondre par l'intermédiaire du secrétaire, après avoir convoqué le bureau s'il y a lieu.

Les membres du syndicat sont priés d'envoyer à bref délai, au secrétaire, la liste exacte des Compagnies dont ils sont les médecins attitrés.

REPORTAGE MEDICAL

Félicitations bien méritées. — Nous les adressons à un des plus sympathiques habitués de nos banquets, M. Georges Rondel, qui vient d'être nommé inspecteur général adjoint des services administratifs du Ministère de l'Intérieur (section des Etablissements de bienfaisance), et qui reste gracieusement à la disposition du corps médical pour les tâches qui seront de son ressort.

Ecole et Dispensaire Dentaires de Paris. — Cet établissement d'enseignement professionnel, qui a été fondé en 1880 et a déjà rendu de si grands services, vient d'ouvrir une clinique des maladies de la bouche, de la gorge, de la face et du cou, au n° 5 bis de la cité Milton. M. le Dr Sebileau, agrégé, qui en est chargé, y recevra les malades indigents le jeudi, à 8 heures 1/2 du matin.

Pour visiter l'Exposition. — M. le Dr Helme fait la proposition suivante aux confrères qui désirent visiter avec fruit et méthode l'Exposition de 1900 :

« Que diriez-vous de promenades-visites à l'Exposition ? Ces visites seraient faites dans la matinée ; à raison de trois par semaine on pourrait avoir tout vu, je crois, en 12 séances, et bien vu. On choisirait des guides sûrs qui indiqueraient aux médecins le mécanisme de chaque exposition, qui feraient l'histoire économique, artistique, industrielle des objets exposés. Un jour on passerait en revue ce qui a trait à l'assistance ; un autre jour ce serait le tour du livre, du papier, de l'imprimerie, de la gravure. Un jour encore, si vous voulez, ce serait l'instrument de chirurgie, etc., etc., sans oublier la peinture, l'anthropologie, tout enfin.

Si le projet vous souriait, et si nous pouvions réunir quelques adhésions, je crois qu'avec un ami, nous arriverions à combiner quelque chose d'intéressant et, somme toute, d'utile. Je vous serais très reconnaissant de me dire ce que vous pensez de cette idée. Vous n'avez qu'à m'écrire deux mots 10 rue de Saint-Pétersbourg. Si je vois que cela vous agrée, nous tâcherons d'organiser ces promenades médicales pour qu'elles puissent avoir lieu du 12 juin au 12 juillet, avant la grosse poussée de la foule.

Maintenant, soyez bien tranquilles, il n'y a dans mon projet rien d'officiel. Vous n'avez pas à craindre de faire mousser les mérites de qui que ce soit. Nous ne demandons rien à personne et nous ne sommes candidats à rien du tout. Ces petites causeries, dues à l'initiative privée, resteront ignorées des puissants. Elles ne serviront de marchepied à quiconque pour une décoration ou telle autre même faveur. Nous sommes servis, et ce que nous avons nous suffit grandement.

Notre seule intention est de mettre le praticien à même de profiter de l'occasion unique de voir de belles choses et d'augmenter ses connaissances générales. Pas de président, de vice-président, ni de comité ; tout se passera simplement, entre camarades. Si donc vous jugez que ma proposition vaut la peine d'un dérangement, ecrivez-moi. Aussitôt je me mets en campagne, je vous préviens, et nous commençons au premier jour. Sans trop d'outrecuidance je crois pouvoir trouver les conférenciers. Nous allons voir s'il sera aussi facile de leur trouver un auditoire.— F. Helme. (*Méd. moderne*).

Ces conférences ont été inaugurées hier, vendredi, à 8 h., au grand Palais, par M. *Roger Marx*, qui les continuera, assisté de MM. Helme et docteur Duviard.

L'appel, en 1900, des médecins de la réserve et de la territoriale. — De la circulaire ministérielle parue à l'Officiel du 24 mai, nous reproduisons l'extrait suivant :

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale sont convoqués sur le territoire du corps d'armée ou du gouvernement militaire auquel ils appartiennent par leur affectation de mobilisation.

Leur convocation est assurée par le directeur du service de santé de chaque corps d'armée ou gouvernement militaire dans les conditions déterminées par l'instruction du 28 décembre 1898 sur l'administration des officiers de réserve et de l'armée territoriale (dispositions spéciales au service de santé militaire, articles 16, 17 et 18).

C'est au directeur du service de santé de leur corps d'armée d'affectation que les médecins de réserve et de l'armée territoriale doivent adresser les demandes qu'ils pourraient formuler en vue d'obtenir, soit un sursis ou devancement d'appel, soit un changement de lieu de convocation ou une autorisation de stage sans solde.

Ce directeur statue sur les demandes dont il s'agit, à moins qu'elles ne tendent à l'accomplissement d'une période normale d'instruction ou d'un stage sans solde dans un corps d'armée autre que celui auquel les intéressés sont affectés.

Dans ce cas, les demandes, instruites d'abord par le directeur du service de santé du corps d'armée d'affectation, sont soumises à l'appréciation du général commandant le corps d'armée, qui les transmet, s'il les accepte, au général commandant le corps d'armée sur le territoire duquel les médecins désirent être convoqués.

Ce général statue sur les demandes qui lui sont adressées, après avoir pris l'avis du directeur du service de santé de son corps d'armée.

Il demeure entendu que si les médecins d'un grade déterminé venaient à faire défaut, le directeur du service de santé du corps d'armée convoquerait à leur place des médecins du grade immédiatement inférieur.

Il y aura lieu, également, de convoquer d'autres médecins, autant que possible du même grade, à la place de ceux qui auraient obtenu, en renonçant à leur solde, un changement de lieu de convocation.

Les médecins de réserve et de l'armée territoriale convoqués pour une période d'exercices sont instruits et notés conformément aux prescriptions de l'instruction précitee du 28 décembre 1898 (dispositions spéciales au service de santé, articles 19, 23 et 24).

Galliffet.

Octave Doin, Editeur, 8, place de l'Odéon, Paris.
La Science et le Mariage, Etude Médicale, par le Dr Henry Cazalis, volume in-8° de 200 pages. 2 fr.50.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4.510. — M. le docteur Esnault, de Lagor (Basses-Pyrénées), membre de l'Association et du Syndicat des Médecins d'Ille-et-Vilaine.

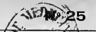
N° 4.511. — M. le docteur Saint-Agnès, de Toulouse (Haute-Garonne), membre de l'Association et du Syndicat des Médecins de la Haute-Garonne.

N° 4.512. — M. le docteur Ravon, de Chazelles-sous-Lyon (Loire), membre de l'Association des Médecins de la Loire.

N° 4.513. — M. le docteur Maudet, de Louvigné-de-Bais (Ille-et-Vilaine.)

Le Directeur-Gérant : **A. GÉZILLY.**

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année.  N° 25 23 JUIN 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Hommage à MM. les docteurs Cézilly et Gassot.

Nous venons de recevoir, des deux amis à fêter, la lettre suivante, qui vise le produit de l'emploi de la souscription.

A MM. Maurat et Jeanne, Membres du Conseil de Direction.

Chers confrères,

Vous avez voulu réaliser en 1900, la proposition acclamée à l'Assemblée générale de 1898, de nous donner un témoignage de gratitude et d'estime.

Absorbés, tous les deux, par nos occupations habituelles, il nous semblait que rien ne pressait. Nous nous sommes rendus, cette année, à vos sollicitations.

Nous trouvons que la souscription est beaucoup trop élevée pour le but indiqué et tout en étant profondément reconnaissants à nos confrères de leur manifestation sympathique, nous désirons consacrer le produit de la collecte, à l'établissement d'un *fonds de bienfaisance médicale*. Vous en trouverez le titre.

Quant à l'esprit de cette fondation, il nous est dicté par cette considération que si les nombreuses œuvres du Concours sont très prospères, elles sont presque toutes des œuvres de prévoyance, de droit, et vous savez combien souvent, nous avons regretté, tous, au *Conseil de Direction*, de ne nous permettre aucune libéralité. Quelque minces que soient ses ressources, l'œuvre que nous souhaitons nous permettra de faire du bien à quelques confrères et honneur au Concours médical.

Tel est notre souhait.

Agréez, chers Confrères, toutes nos amitiés.

A. CÉZILLY.

A notre cher Directeur et à son collaborateur fidèle, nous nous empressons de répondre :

Chers Amis,

Tous les dévoués du Concours rêvaient avec nous de la surprise agréable à vous faire. Et voilà que c'est vous qui désirez en offrir une aux plus intéressants du corps médical, à ceux qui ont besoin d'aide et de secours !

Eh bien, soit ! Ce ne sera pas surprise, il est vrai, pour ceux qui vous connaissent (vous restez dans vos habitudes, pensant aux autres, plus qu'à vous-mêmes); mais ce sera une belle pensée de plus, un titre encore à ajouter à ceux qui vous ont valu notre reconnaissance.

Seulement, cette détermination nous oblige à modifier nos projets.

Vous nous chargez, par exemple, de baptiser la nouvelle œuvre. C'est là une cérémo-

nie de famille qui exige le cadre de notre Assemblée générale habituelle de novembre.

Vous semblez désirer, d'autre part, que la somme des oboles réunies profite à d'autres que vous ; mais alors cette somme que vous trouvez trop grosse pour une manifestation de sympathie nous semble ne devoir jamais être trop élevée pour le but que vous voulez atteindre. Nous laissons, en conséquence, la souscription ouverte jusqu'à l'Assemblée générale prochaine.

Mais vous nous permettrez de ne pas abandonner le but précis assigné par les initiateurs de la proposition, c'est-à-dire l'idée de vous offrir un témoignage personnel de notre gratitude.

Tels sont, chers amis, nos projets ; nous avons désormais tout le temps nécessaire pour les mener à bien. Acceptez-les, avec l'assurance de nos sentiments les plus cordiaux.

Dr Maurat, Dr Jeanne.

MM. les docteurs Licke, de Maisons-Lafitte (Seine-et-Oise) ; Fonservines, de Gramat (Lot) ; Martin, du Collet-de-Dèze (Lozère) ; Théry, de Compiègne (Oise) ; Dresch, d'Ax-les-Thermes (Ariège) ; Pascalin, de Saint-Pol-sur-Mer (Nord); M. Bouty, de Paris : MM. les Drs Rocher, d'Orléans (Loiret) ; Perlis, de Bellegarde (Loiret) ; Rossi, de Marseille ; Vico, d'Etrépagny (Eure) ; Breucq, de Bayonne (Basses-Pyrénées) ; Souesme, de Montargis (Loiret) ; Mazeroux, de Conflans-Sainte-Honorine (Seine-et-Oise) ; Pireyre, de Saint-Amand-Tallende (Puy-de-Dôme) ; Brun, de L'Herm (Haute-Garonne) ; Renson, de Monthermé (Ardennes).

Total des sommes reçues à ce jour : 2.016 fr.

LA SEMAINE MÉDICALE

La science et le mariage.

Le livre que M. le Dr Cazalis vient de publier est destiné, dans l'esprit de son auteur, à mettre un terme aux crimes qui s'accomplissent chaque jour en matière de mariage. M. Cazalis espère, avec l'aide de M. Pinard, obtenir, par l'intermédiaire de l'Académie, certaines réformes, pour accomplir une révolution qui s'impose :

« Obligation pour tous de se présenter, avant le mariage, à un examen médical ; obligation morale de se conformer à la décision médicale, notice médicale accompagnant le livret de mariage, etc., telles sont les réformes que demande M. Cazalis. Il ne sagit de rien moins que d'un conseil de revision à l'usage du mariage. Sans doute cela serait mieux et l'on éviterait ainsi bien des salpingites gonococciques et bien des transmissions de syphilis avec descendance compromise et bien d'autres infections, sans parler de la tuberculose. »

Souhaitons bonne réussite aux idées de M. Cazalis : nous ne pouvons que les approuver et chercher à les répandre.

Valeur de la tension artérielle au point de vue séméiologique

MM. Reynaud et Olmer, de Marseille, ont fait sur la tension artérielle une très intéressante étude, dont ils tirent les conclusions suivantes :

Les variations de la pression artérielle peuvent fournir pratiquement des indications précieuses pour le diagnostic, le pronostic et le traitement, à la condition cependant de ne pas les envisager isolément, de ne pas établir des chiffres absolus, à la façon d'une barrière infranchissable, mais de les rapprocher avec soin des autres symptômes, qui fournissent les données indispensables pour la solution des problèmes cliniques. Au lit du malade, il est impossible, en s'appuyant sur les indications d'un sphygmomètre plus ou moins imparfait, en dehors de tout autre examen, de poser des lois ayant la précision rigoureuse d'un théorème de géométrie.

Ces réserves faites, la constatation d'une hypertension persistante pourra confirmer un diagnostic hésitant d'artério-sclérose ou de néphrite chronique ; une chute de la courbe, chez un brightique, fera craindre la défaillance cardiaque de la période terminale. Un abaissement considérable de la pression artérielle est toujours d'un fâcheux pronostic dans les fièvres graves, car elle témoigne de l'asthénie cardio-vasculaire, d'une imprégnation profonde de l'organisme intoxiqué.

La pression intra-vasculaire est essentiellement variable ; elle est à l'état de santé en équilibre instable, et donne en quelque sorte la mesure de l'activité de la nutrition, puisqu'elle réagit sous l'influence de la moindre perturbation de l'appareil cardio-vasculaire. C'est à rétablir cet équilibre, par des moyens appropriés, que le médecin doit appliquer ses efforts. Il le pourra souvent pour le plus grand bénéfice du malade, soit en provoquant les réactions défensives dont l'organisme est capable, soit en intervenant par une médication véritablement spécifique, si ces influences compensatrices font défaut.

Contagiosité de la tuberculose

M. le Dr *Lerefait*, de Rouen, vient de publier, dans le journal de *Médecine Interne*, une judicieuse étude de l'étiologie de la tuberculose, d'après laquelle il faut un peu diminuer la rigueur des prescriptions restrictives, à l'égard des crachats des tuberculeux.

« L'hypothèse de la contagiosité de la tuberculose repose sur un seul fait : l'élimination par les voies respiratoires de parties nécrosées du poumon, avec les bacilles qu'elles renferment. De ce fait, on s'est empressé de conclure que les bacilles contenus dans ces expectorations, se trouvent mis en liberté, et que c'est eux, exclusivement, qui propagent cette maladie.

« Cette interprétation très simple, mais trop hâtive, n'est pas confirmée par l'observation.

« L'examen bactériologique des expectorations des tousseurs, nous montre que l'élimination des bacilles est relativement peu commune, eu égard au nombre d'individus qui sont cliniquement en puissance de tuberculose ; elle devient très rare

par rapport au nombre total de tuberculeux qui nous est révélé par les autopsies.

« Les expériences de laboratoire montrent que pour obtenir un résultat positif il est nécessaire de favoriser considérablement, par des moyens mécaniques, la dissémination et l'absorption des bacilles contenus dans les crachats ; dans les conditions ordinaires, cette dispersion ne peut guère se faire spontanément, car les bacilles sont fortement agglutinés par le mucus qui les enveloppe ; de plus, ils sont rapidement détruits par le dessèchement et la lumière du soleil.

« L'apparition spontanée de la tuberculose dans des milieux où ne séjournent pas de phtisiques, reste inexplicable de cette façon, et quelques médecins ont lutté de suppositions ingénieuses, sinon de sens critique, pour interpréter ces faits dans le sens de la contagion ; mais ces explications compliquées ne peuvent s'appliquer au fait général de l'universalité et de la permanence de la tuberculose.

« L'hypothèse de la contagion est tellement en désaccord avec les faits d'hérédité, que les contagionnistes ont été amenés à les nier purement et simplement malgré leur évidence.

« Si la théorie contagionniste était vraie, des mesures de désinfection très simples devraient suffire à enrayer la propagation de la tuberculose ; l'isolement devrait donner des résultats absolus. Or, les moyens les plus énergiques et les plus minutieux de désinfection se sont montrés inefficaces, même après une application prolongée ; et l'isolement rigoureux, loin de donner les résultats espérés, augmente le nombre des phtisiques.

« La présence du bacille spécifique ne peut faire ranger la tuberculose dans la classe des maladies épidémiques et contagieuses ; de même, l'absence jusqu'ici constatée de microbe spécial dans la scarlatine, la variole, la varicelle, la rougeole, ne peut modifier nos idées sur la contagiosité très grande de ces maladies. Aussi, dans les applications pratiques, devons-nous éviter avec soin toute mesure vexatoire, inutile et pratiquer largement les améliorations hygiéniques sans descendre à des minuties ridicules, incompatibles avec le bon sens caractéristique de notre race. La vie sociale est inséparable d'une série d'inconvénients inhérents à toute collectivité ; au lieu de chercher à les fuir avec terreur, il faut nous aguerrir contre eux en développant notre résistance. — Nous resterons dans le véritable esprit scientifique en conservant les traditions de sagesse et d'humanité qui sont l'honneur de la médecine française. Des mesures attentatoires à la liberté individuelle ne peuvent être admises que lorsqu'il s'agit de barrer la route à un péril social imminent, et qu'il est absolument démontré que le résultat justifiera pleinement cette dérogation à un principe supérieur : ce n'est évidemment pas le cas de la tuberculose.

Une difficulté de diagnostic imprévue.

M. le Dr *Le Gendre* vient de rapporter à la Société médicale des Hôpitaux une observation d'un intérêt extrême vu la difficulté inattendue de diagnostic qui s'est présentée au clinicien.

En quelques mots, voici les faits empruntés à la *Gaz. des Hop.* :

Une jeune femme, hystérique à stigmates évidents, entre à l'hôpital avec des hématémèses abondantes accompagnant des douleurs stomacales très vives. L'interne de garde fait le diagnostic très probable d'ulcère gastrique ; il pense qu'une intervention sera peut-être urgente ; il fait placer la malade dans un service de chirurgie.

L'hémorragie s'arrête, et en même temps la malade accuse une douleur vive dans la gorge ; on examine et on aperçoit que les amygdales, le voile du palais, l'extrémité de la luette, sont recouvert d'un exsudat blanchâtre ; la muqueuse sous-jacente saigne facilement, l'adénopathie angulo-maxillaire est évidente, quoique peu prononcée . il n'y a pas d'albumine dans l'urine. On apprend que, quelque temps auparavant, la malade a perdu un enfant du croup ; dès lors on n'hésite plus, et on pose le diagnostic d'angine diphtérique. On prélève des morceaux de la fausse membrane, des cultures sont faites qui, au bout de vingt heures, donnent des colonies d'un bacille court prenant le Gram. Le doute n'est plus possible ; M. Le Gendre injecte à sa malade vingt centimètres cubes de sérum de Roux.

Le lendemain, la malade expulsait une longue fausse membrane tubulée, qui ne fit d'abord que confirmer le diagnostic de diphtérie.

Peu à peu, la dysphagie devint considérable, et la malade finit par avouer — elle l'avait soigneusement caché jusque-là — qu'elle avait avalé une certaine quantité d'acide chlorhydrique concentré. Il devint évident que le premier diagnostic était erroné et qu'il s'agissait seulement d'une brûlure due à l'ingestion d'un caustique violent.

Le mal de mer

D'après M. Rotondi, le fait le plus important dans le mal de mer est un notable abaissement de la pression sanguine coïncidant avec une diminution de l'amplitude des oscillations du pouls ; cette association est loin d'être la règle, d'après la loi de Mosso. Ceci s'explique par le fait que, dans le mal de mer, il se produit une vaso-constriction cutanée, en même temps qu'une vaso-dilatation splanchnique.

Cette hyperémie des viscères splanchniques et les phénomènes circulatoires qui en dérivent suffisent pour expliquer l'anémie cérébrale et tous les autres symptômes secondaires du tableau clinique offert par l'affection en question. De ces symptômes secondaires consécutifs à l'anémie cérébrale et plus particulièrement bulbaire, l'auteur croit pouvoir rapprocher le vomissement, qui n'est d'ailleurs pas constant et ne se montre guère qu'à la fin du mal de mer. De même les désordres respiratoires paraissent être sous la dépendance immédiate de l'anémie du centre respiratoire bulbaire.

D'autre part, il résulte des expériences de M. Dutremblay que les troubles principaux du mal de mer sont dus à une ventilation pulmonaire imparfaite, à une auto-intoxication qui, par ses réflexes bulbaires détermine les symptômes que l'on observe dans l'asphyxie par des gaz toxiques, le séjour dans l'air confiné, etc.

« A la demande de M. Dutremblay, M. Perdriolat, médecin général de la Compagnie générale transatlantique, a essayé l'oxygène sur de nom-

breux malades qui ont été soulagés le plus souvent. Sous son influence, les nausées et les vomissements cessent, un sentiment de bien-être se fait sentir auquel succède une période de calme et quelquefois de sommeil. Enfin, la respiration incomplète et fréquente se régularise, le pouls remonte, la céphalalgie disparaît. 20 litres suffisent à procurer une amélioration qui peut durer plusieurs heures ; on commence selon les besoins.

« L'oxygène, pénétrant rapidement dans le sang, agit directement sur le bulbe et par suite sur le pneumogastrique. »

MÉDECINE PRATIQUE

L'anesthésie générale par les injections de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire.

Les perfectionnements et les audaces de la chirurgie moderne n'ont eu lieu, en réalité, que grâce à l'antisepsie, d'une part, et grâce à l'anesthésie d'autre part. Il n'est donc pas surprenant que les chirurgiens ne cessent de travailler cette double question qui, hâtons-nous de le reconnaître, n'a pas encore reçu de solutions définitives. Nous nous occuperons, aujourd'hui, de l'anesthésie et nous analyserons les derniers travaux parus sur cette intéressante partie de la chirurgie actuelle.

Les deux principaux anesthésiques employés, le chloroforme et l'éther, présentent assurément de nombreux inconvénients, pour ne pas dire davantage. La cocaïne, mal maniée, a donné lieu aussi à de graves accidents. C'est cependant à elle que l'on paraît devoir recourir de plus en plus, grâce aux persévérantes recherches de M. le Dr Reclus et aux travaux de M. le Dr *Ed. Cadol*, de Paris, dont la thèse inaugurable est consacrée à cette intéressante méthode (1).

I

ANESTHÉSIE ORDINAIRE PAR LA COCAINE.

La cocaïne (alcaloïde de l'érythroxylon coca du Pérou) découverte par *Goedcke Samuel Percy et Niemann* (de 1855 à 1859) s'emploie sous forme de chlorhydrate, en solutions à la dose de 1 à 5 pour 100, pour l'anesthésie locale.

On l'applique de trois manières : 1° en instillations dans l'œil ; 2° en badigeonnages, tamponnements ou pulvérisations sur le tégument des muqueuses, si l'on recherche une anesthésie superficielle ; 3° en injections dermiques ou hypodermiques si l'on recherche une anesthésie plus profonde.

Ce troisième procédé d'administration comporte quelques remarques.

Il y a trois façons d'employer ce procédé, trois méthodes qui portent les noms méthode de Reclus, procédé de Kummer, de Genève, procédé de Krogius d'Helsingfors.

Procédé de Reclus. — MM. Reclus et Wall ont insisté sur les règles précises d'après lesquelles l'anesthésie doit être obtenue. La dose doit être faible et le titre de la solution également. On est descendu, par degrés, de la dose de 1 gr.5 à celle de 50 centigrammes, 20 centigrammes, 15 centigrammes. On est aujourd'hui à 10 centigrammes. Reclus considère qu'il n'y a pas de danger mortel au-dessous de 22 centigrammes. Le liquide ne doit pas être poussé dans le tissu cellulaire où il risquerait de se diffuser, mais dans le derme lui-même. L'injection sera traçante ; on évitera d'injecter le liquide dans une veine. Ces résultats seront obtenus si l'on se guide sur l'apparition d'une ligne blanchâtre, due à l'anémie de la région, par constriction, et qui s'étend sur une largeur de 1 centimètre environ, au niveau du tracé de la piqûre. On doit s'arranger de façon que la première piqûre seule soit douloureuse ; les autres piqûres devant avoir lieu au niveau d'une traînée déjà anesthésiée.

Procédé de Kummer (de Genève). — Kummer emploie la cocaïne, toutes les fois que le champ opératoire peut être isolé du reste du corps par une ligature élastique. Il insiste sur ce point que le danger des injections cocaïniques est évité grâce à deux précautions : constriction du membre à l'aide de la bande d'Esmarck, qui empêche la résorption et favorise l'action prolongée de l'anesthésique ; saignement abondant de la plaie, qui permet l'élimination de la cocaïne retenue. L'injection est intra-dermique.

Procédé de Krogius (d'Helsingfors). — Krogius a préconisé, en 1894, un procédé qui diffère beaucoup, théoriquement, des précédents. Il s'agit d'atteindre, non pas individuellement les filets nerveux de la partie qui doit être insensibilisée; mais les cordons nerveux qui l'animent. L'action de la cocaïne est portée sur les troncs qui innervent la région.

Ce procédé est basé sur des expériences faites par Feinberg (1886), Kochs, Alms, U. Mosso. Si l'on applique directement la cocaïne sur un tronc nerveux, on voit l'excitabilité du nerf s'éteindre dans l'espace de six à sept minutes, la sensibilité disparaissant avant la motilité, l'anesthésie dure un temps assez court, il y a *restitutio ad integrum*. Krogius a employé son procédé pour les opérations sur les organes faciles à isoler, tels que les membres, les doigts, la verge. La solution étendue à 2 p. 100 est injectée sous la peau, dans le voisinage des nerfs. On obtient avec 6 centigrammes de cocaïne au bout de 10 minutes, une insensibilité complète qui s'étend à la peau, aux muscles, tendons et périoste.

Ce procédé est une amélioration, un pas de plus vers le progrès que nous allons exposer tout à l'heure.

L'anesthésie par la cocaïne, selon les procédés habituels, offre les avantages suivants : *danger moindre du fait de l'opération, absence de vomissements et de choc, atténuation ou disparition des douleurs post-opératoires, application plus facile, possibilité de se passer d'aides, perte de temps moins considérable*, etc.

Malheureusement, cette méthode même présente quelques desiderata, que l'on peut formuler de la façon suivante :

1° D'abord, de l'aveu même de M. Reclus, toute opération qui porte dans un champ opératoire trop vaste et dont les limites sont mal connues ne ressortit pas à l'analgésie locale ;

2° Elle ne permet qu'un certain nombre d'opérations dont M. Reclus donne la liste et d'où il apparaît qu'elle n'est du domaine que de la petite chirurgie ;

(1) Thèse de Paris, 1900. Chez Steinheil.

3° Elle ne permet pas une intervention prolongée ou délicate; il faut se dépêcher d'agir et ne pas dépasser une demi-heure;

4° Elle exige des doses de cocaïne qui varient ordinairement de 7 à 12 centigrammes;

5° Il faut souvent, au cours d'une opération, appliquer 1, 2, 3 anesthésies locales supplémentaires;

6° Cette méthode, comme le lui a reproché l'Ecole de Lyon, provoque souvent des suppurations qui sont l'œuvre des injections intra-dermiques ou sous-cutanées; mais qui cependant sont dues, dans la plupart des cas, à des fautes contre l'asepsie.

En présence de ces graves inconvénients de la méthode d'emploi de la cocaïne comme analgésique local, il y avait place pour une autre méthode et cette méthode c'est la cocaïnisation intra-rachidienne. *Celle-ci produit une anesthésie et une analgésie complètes, qui remontent au delà de l'ombilic et qui permettent de pratiquer toutes les opérations sans exception dont le champ ne dépasse pas le plan transversal passant par l'ombilic.*

Cette méthode a tous les avantages de la méthode précédente sans en avoir les inconvénients :

1° Elle s'applique à des opérations très vastes et dont les limites sont encore actuellement mal connues;

2° Elle permet une intervention prolongée et délicate, puisqu'elle produit une anesthésie qui dure en moyenne une heure ou une heure et demie;

3° Elle exige des doses de cocaïne qui ne dépassent jamais 4 centigrammes et qui peuvent n'atteindre que quelques milligrammes;

4° Une seule application de cocaïne suffit;

5° Elle permet d'opérer sur un terrain qu'une opération préliminaire n'a pas encore anémié ou infecté;

6° Enfin, elle est plus simple, plus rapide, supprime l'emploi de la bande d'Esmarck, et permet de faire de grosses opérations, ce que ne peut réaliser la méthode de Reclus.

De nombreuses expériences ont montré que l'injection cocaïnée sous-arachnoïdienne permettait d'obtenir des effets aussi complets que les anesthésiques en inhalations et cela avec le minimum possible de danger.

II

LA COCAINE DANS L'ESPACE SOUS-ARACHNOÏDIEN LOMBAIRE.

Les travaux de Quincke, Sicard, Jaboulay, Chipault ont montré l'innocuité des injections sous-arachnoïdiennes lombaires : de plus, *Ath. Sicard* a fait, sur des animaux, de sérieuses et patientes recherches expérimentales, en vue d'étudier l'action de la cocaïne sur les centres nerveux, et il a constaté les faits suivants :

1° L'inoculation, par voie lombaire, dans deux centimètres cubes d'eau, de 0,005 milligrammes à 0,01 centigramme de chlorhydrate de cocaïne par kilogramme d'animal, amène rapidement en trois ou quatre minutes, une anesthésie complète du train postérieur;

2° L'analgésie gagne successivement, *métamériquement*, les flancs, le thorax, le train antérieur, la tête, pour se généraliser à tout le corps au bout de quinze à vingt minutes;

3° L'analgésie à la fois superficielle et profonde, peut atteindre la muqueuse buccale, et respecte en général la cornée; elle ne s'accompagne d'anesthésies sensorielles qu'à la suite de doses plus fortes de cocaïne, pouvant alors entraîner la mort;

4° On peut, à une certaine phase du début ou d'envahissement, observer une *dissociation syringomyélique*, l'analgésie à la piqûre précédant l'analgésie au chaud. A cette anesthésie se superpose le plus souvent la paralysie des membres correspondants, mais les troubles moteurs restent toujours moins accusés que les troubles sensitifs;

5° Cette anesthésie généralisée peut persister une heure ou deux indépendamment de tout trouble notable de la circulation ou de la respiration et de tout phénomène hallucinatoire, délirant ou convulsif. La tête et surtout les oreilles sont les premières régions qui récupèrent leur sensibilité normale; les membres postérieurs, anesthésiés les premiers, sont aussi les derniers à recouvrer leur état normal.

M. Cadol a complété ces expériences sur les animaux, et injecté, dans l'espace sous-arachnoïdien lombaire, une quantité de 0,02 centigr. en solution dans 4 c. c. de sérum artificiel. Chez l'animal, il a constaté, *environ 4 à 5 minutes après l'injection, une insensibilité complète à la douleur au contact, à la chaleur, localisée aux membres postérieurs jusqu'à mi-cuisses environ, puis peu à peu l'insensibilité gagne en étendue et remonte vers le thorax qu'elle atteint environ 8 à 9 minutes après le début de l'injection.*

L'anesthésie remonte rarement plus haut que le thorax, avec la dose de 0,02 centigr.

L'insensibilité une fois installée est complète, superficielle et profonde, Tant qu'elle gagne en étendue vers le train antérieur, on constate la dissociation syringomyélique signalée par Sicard, la sensation de chaleur demeurant encore nette lorsque la sensation de piqûre a disparu.

L'anesthésie s'en va comme elle est venue. Elle persiste en moyenne une heure ou une heure et demie et disparaît du haut vers le bas, de telle façon, que la partie inférieure du train postérieur est encore anesthésiée, lorsque le ventre et les cuisses ont repris toute leur sensibilité.

Ajoutons que en aucun moment des expériences, on n'a constaté de troubles notables de la circulation ou de la respiration, non plus que de phénomènes convulsifs.

D'ailleurs, la cocaïnisation sous-arachnoïdienne ne fait entrer en jeu que des doses infinitésimales de poison nerveux, doses qui agissent vite, sûrement, sans accidents.

Elle agit en remplaçant la section de la moelle par instrument tranchant avec l'avantage de « *restitutio ad integrum* » qui se fait graduellement, métamériquement et d'une manière complète.

Elle permet de faire toutes les opérations, sans exception, qui siègent sur les membres inférieurs et sur le bassin, depuis les amputations de jambe et de cuisse jusqu'à l'extirpation du rectum et l'hystérectomie vaginale, en passant par les désarticulations de hanche, les périnéorrhaphies, les cures radicales de hernie, etc.

Passons maintenant à l'étude de la technique des injections cocaïniques.

« La ponction lombaire constitue une intervention beaucoup plus médicale que chirurgicale qui ne demande qu'un peu d'habitude et ne nécessite pas d'adresse opératoire spéciale.

La région lombaire correspond : en haut, au bord inférieur de la dernière côte, en bas, au rebord inférieur de la crête iliaque; dans la moitié postérieure, cette portion de la colonne vertébrale comprend 5 vertèbres qui s'éloignent du type vertébral ordinaire par les caractères suivants : le corps vertébral des vertèbres lombaires est volumineux et correspond à 4 ou 5 fois le volume de celui des vertèbres cervicales ; le diamètre vertical est de 25 à 28 millimètres. Le trou rachidien est énorme et présente un diamètre transverse de 22 millimètres. *Les lames vertébrales* sont très étroites et très épaisses, tout à fait verticales, continues en haut et en bas avec les apophyses articulaires, situées sur un plan différent ; une crête mousse verticalement étendue de l'une à l'autre de ces apophyses, les sépare à droite et à gauche des apophyses transverses.

Pendant l'état de flexion les bords inférieurs de ces lames s'écartent notablement des bords supérieurs des lames sous-jacentes, de sorte qu'il est très facile de pénétrer à travers les parties molles jusqu'à la moelle avec un instrument piquant.

Pour pratiquer la ponction, le malade ayant été apporté sur la table d'opération, on le dispose sur l'un des deux côtés, en lui recommandant de faire le « gros dos » et de fléchir les cuisses sur le ventre. C'est-à-dire que, le malade étant sur le côté gauche par exemple, le plan du dos passera au ras du bord droit de la table, tandis que les membres inférieurs seront pelotonnés en avant du bassin. On nomme communément cette position la position en « chien de fusil ». En même temps la tête est légèrement portée en avant et un coussin, analogue aux coussins qui servent pour les opérations sur le rein, sera placé dans la concavité formée par le flanc gauche du malade et le plan de la table.

De cette façon, les lames vertébrales seront écartées au maximum.

On procède au lavage de la région lombaire, en ne perdant pas de vue que c'est dans la gouttière vertébrale et à droite de la ligne médiane que l'on va intervenir.

Comme points de repère, on détermine de chaque côté de la colonne vertébrale la présence des épines iliaques postérieures et inférieures au-dessous de la grande échancrure sciatique, et on les réunit par une ligne transversale, en se rappelant que cette ligne passe au niveau de la 5e vertèbre lombaire. C'est au-dessous de cette ligne qu'il faudra chercher la dépression sacro-lombaire, puis, de là, compter en remontant les apophyses épineuses lombaires pour atteindre le 4e ou le 3e espace lombaire.

A proprement parler, il n'existe pas d'endroit où l'on doive faire la ponction à l'exclusion des autres.

Chipault conseille de la faire toujours dans l'espace sacro-lombaire, puisque cet espace est plus facilement reconnu, d'autres auteurs conseillent le 3e ou le 4e espace lombaire.

A la vérité, ce point n'a pas d'importance, pourvu qu'on reste dans la limite comprise entre la 3e vertèbre lombaire et la 1re vertèbre sacrée.

Ponctionner plus haut serait courir le risque de rencontrer la moelle, surtout chez les jeunes sujets.

Et de plus, il existe des sujets chez lesquels tel ou tel espace autorisé est plus nettement déterminable, plus facilement abordable et plus à découvert. C'est là qu'il faut ponctionner.

Anesthésie de la peau. — Une fois l'espace à ponctionner déterminé, on le marque à la teinture d'iode et on procède à l'anesthésie de la peau à l'aide du chlorure d'éthyle, de façon à éviter, de la part du malade, au moment de la piqûre, un mouvement de recul ou un ressaut réflexe qui aurait pour but immédiatement de produire l'imbrication des lames vertébrales lombaires l'une sur l'autre et de s'opposer irrémédiablement à l'entrée de l'aiguille sous l'arachnoïde.

Choix de l'aiguille. — L'aiguille dont on se servira, pour la ponction lombaire, variera suivant les sujets, suivant le développement de leurs muscles lombaires et l'épaisseur des parois. D'une façon générale, une aiguille ordinaire tubulée, de 8 à 10 centimètres de long, d'un diamètre de 1 quart à un demi-millimètre, pouvant s'adapter à l'embouchure d'une seringue de Pravaz, suffit. Quelquefois chez les jeunes enfants maigres, l'aiguille de Pravaz elle-même est suffisante ; mais dans la majorité des cas, outre qu'elle est trop courte, elle est trop fragile, c'est à-dire qu'elle manque des deux qualités essentielles que doit présenter l'aiguille de la ponction lombaire : une longueur d'environ 8 centimètres, une solidité qui l'empêche de se tordre dès que l'on tâtonne au niveau des lames intervertébrales.

Dès que le praticien, armé de l'aiguille stérilisée, a déterminé l'espace vertébral qu'il a choisi pour la ponction, il lui reste à fixer le lieu d'élection de cet espace. Celui-ci, de l'index gauche cherche l'apophyse épineuse correspondant à l'espace en question. Il garde l'index sur cette apophyse qu'il reconnaît ainsi, puis enfonce l'aiguille à un demi-centimètre en dehors de celle-ci, à droite ou à gauche suivant le cas, sans se presser, sans à-coup, sans réveiller de douleur chez le malade.

Enfoncement de l'aiguille ; 1re Étape. — La pointe de l'aiguille chemine progressivement vers la gouttière vertébrale en passant par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'anpoévrose lombaire, les muscles de la masse sacro-lombaire, les aponévroses d'insertion du transverse, le muscle carré des lombes. Elle arrive au niveau de la colonne vertébrale, sans avoir rencontré de troncs artériels ou nerveux importants, sans avoir rencontré de résistance. Cette première partie du chemin parcouru est sans difficulté.

La seconde étape à franchir présente le point délicat de cette petite opération.

2e Étape. — L'aiguille est arrivée au niveau des lames vertébrales. Elle doit franchir l'espace interlamellaire. Cet espace est de 12 ou 15 millimètres,

L'aiguille tenue entre le pouce et l'index droit est poussée, sans violence, en avant, en dedans et un peu en haut. Quand on butte, c'est qu'on a rencontré la lame supérieure, il faut retirer

légèrement en arrière et passer un peu plus bas. La résistance ayant disparu, on est sûr que l'aiguille a franchi l'espace interlamellaire.

3e Etape. — Lorsqu'on a cette assurance, la 2e étape de l'aiguille est franchie, la 3e commence. L'opérateur doit enfoncer très doucement l'aiguille, en ne perdant pas de vue l'orifice extérieur de cette aiguille, par où sortira, tout à l'heure, quand l'aiguille sera arrivée au but, le liquide céphalo-rachidien. Si le passage des lames a été trop brusque, l'aiguille peut être trop enfoncée, on peut venir butter contre la face postérieure des corps vertébraux, il faut alors tâtonner pour revenir en bon chemin.

Mais ce tâtonnement doit toujours être évité.

Causes d'erreur de la 3e étape. — La profondeur des gouttières vertébrales est tellement variable suivant les sujets, la distance qui sépare le liquide céphalo-rachidien est tellement élastique (4 à 7 centimètres chez l'adulte, 1 à 4 chez l'enfant) que l'opérateur ne doit jamais se dire qu'il est dans le canal rachidien, parce qu'il a plus ou moins enfoncé son aiguille. Il est de toute nécessité d'aller lentement et de savoir quand on franchit l'espace osseux, pour éviter ces tâtonnements qui sont une perte de temps pour l'opérateur, une source de douleurs pour le malade.

Si les choses se sont passées comme nous l'avons dit, l'opérateur voit tout à coup sordre, par l'orifice extérieur de l'aiguille, une goutte de liquide céphalo-rachidien, puis deux, puis trois qui se succèdent assez rapidement ; la troisième étape est franchie.

La sortie du liquide céphalo-rachidien constitue le signe sans lequel on ne doit jamais faire l'injection de cocaïne dans le canal rachidien ; parce que c'est la certitude que l'on est au lieu désiré ; c'est le signe qu'il faut rechercher jusqu'à ce qu'on l'ait trouvé.

Si après plusieurs tentatives on n'obtenait pas d'issue de liquide céphalo-rachidien par l'aiguille il faudrait enlever l'aiguille et procéder à une autre ponction dans un autre espace

Lorsque huit à dix gouttes de liquide céphalo-rachidien sont sorties par l'aiguille, il est temps de faire l'injection de cocaïne.

— L'injection de cocaïne doit être faite suivant des règles précises qui concernent sa rapidité, sa qualité, sa température, sa quantité, son titre et le véhicule qui lui est convenable.

Deux lois dirigent toute la technique de l'injection : 1° Il est nécessaire que la cocaïne introduite dans le liquide céphalo-rachidien ne diffuse pas immédiatement dans tout ce liquide ; 2° Il est nécessaire qu'il n'y ait pas échappée du médicament vers les centres nerveux supérieurs.

Rappelons-nous, en effet, que le résultat à obtenir est le suivant : dépôt d'une quantité minine de cocaïne sur un point limité de la moelle, de manière à obtenir, suivant le conseil de François Franck, une section temporaire de la moelle, un arrêt de transmission des influx nerveux à travers la moelle, vers les centres nerveux supérieurs, permettant de pratiquer toutes les opérations possibles dans les territoires nerveux situés sous la dépendance de la moelle et des nerfs placés au-dessous de la section physiologique fictive.

Pour arriver à ce résultat, il faut que l'injection soit faite très lentement, que la solution de cocaine soit préparée de fraîche date, que la température de cette solution se rapproche le plus possible de celle des liquides intra-organiques, c'est-à-dire qu'elle ait 37 degrés centigrades environ, que la quantité de cocaine injectée ne dépasse jamais quatre centigrammes.

Titre de la solution. — Le titre de la solution doit être lui-même très faible. La solution à 1 pour 50 est peut-être un peu forte tandis que les solutions à 1 pour 100 ou même à 1 pour 200 paraissent être préférables. Quatre centigrammes d'une solution à 1 pour 200 représenteraient 8 seringues de Pravaz ou 8 centimètres cubes de liquide. Nous savons que la cavité sous-arachnoïdienne ne peut accepter des quantités de liquide beaucoup supérieures à 8 centimètres cubes et que le liquide céphalo-rachidien n'acquiert une pression gênante que si l'on ajoute à sa quantité normale environ 300 centimètres cubes. On voit donc qu'il n'y a pas de crainte de voir, de ce côté-là, des troubles survenir, du fait de la quantité de liquide introduit dans le canal rachidien. D'ailleurs il est facile, si l'on veut par exemple faire entrer 8 centimètres cubes dans l'espace céphalo-rachidien, de laisser sortir par l'aiguille qui ponctionne, une quantité égale du liquide céphalo-rachidien, de manière à laisser, après enlèvement de l'aiguille, une pression intra-rachidienne égale à celle qui existait auparavant.

On peut, pour plus de sécurité et pour obéir aux lois de la physiologie et de l'isotonie, employer le liquide céphalo-rachidien lui-même ou le sérum artificiel physiologique NaCl, 7 pour 1000 pour faire la solution de cocaïne, et avoir soin de la chauffer à la température de 37 à 38°.

Il est important, enfin, de stériliser la solution de cocaïne, suivant la méthode Pastorienne, au bain-marie, sans dépasser 60 degrés ; il faut, par contre, s'abstenir de la passer à l'autoclave.

Lorsque l'injection a été faite suivant les règles que nous avons énoncées, on retire l'aiguille et l'on étend, au niveau de la piqûre de la peau, une légère couche de collodion.

A partir du moment où l'injection est terminée, les troubles subjectifs, qui indiquent que la cocaïne fait son œuvre, commencent. Ce sont des picotements, des fourmillements, un engourdissement des membres inférieurs, puis une sensation de froid et de lourdeur. La sensibilité à la douleur disparaît d'abord, puis la sensibilité à la chaleur, enfin la sensation de contact. Un instant après les phénomènes s'adressent au système moteur ; il n'y a pas à proprement parler de paralysie des membres inférieurs, mais il y a perte du sens musculaire, les malades ne savent plus dans quelle position sont leurs membres. Cet état d'anesthésie, qui remonte jusqu'au niveau de l'ombilic, est installé complètement environ 8 à à 10 minutes après l'injection. Pendant ce temps on procède aux préparatifs de l'opération : savonnage, lavage, asepsie. L'anesthésie dure en moyenne une heure à une heure et demie et lorsque la sensibilité reparaît, elle accomplit le même chemin que précédemment en sens inverse, de sorte que la plante des pieds est la région la première et la dernière insensibilisée.

Nous ne ferons que citer pour mémoire les légers incidents provoqués par les injections de cocaïne : hémorrhagies légères, obturation de l'aiguille par un petit caillot, piqûres nerveuses,

piqûres du périoste lamellaire dans les cas de tâtonnement, enfin, ponction blanche par suite d'erreur ou d'anomalie anatomique; dans ce dernier cas, il faut retirer doucement l'aiguille et tenter la piqûre dans un autre point.

En résumé l'injection de cocaïne sous-arachnoïdienne, lorsqu'elle est faite suivant les règles, est facile et ne présente ni accidents, ni contre-indications. Elle s'adresse aux malades chez lesquels le chloroforme ou l'éther sont contre-indiqués et qui demandent une opération que l'injection superficielle de cocaïne ne pourrait pas mener à bien, tant par sa durée, sa difficulté et les doses de cocaïne qu'il faudrait injecter à plusieurs reprises dans les différentes places d'une région et sur tous les trajets des nerfs. Elle donne des bons résultats pour la chirurgie des membres inférieurs, du périnée, de l'urèthre, de la vessie, de l'anus, du rectum, du vagin et de l'utérus.

M. Cadol conseille même d'essayer ces injections pour anesthésier les parturientes lors d'accouchements un peu longs,

« Il est surtout une opération obstétricale dans laquelle l'anesthésie par les injections de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire pourrait, dans bien des cas, sauver la vie de la malade. Nous voulons parler de *l'opération césarienne*.. On sait que cette opération est la plus difficile et la plus meurtrière des opérations qui se pratiquent sur l'abdomen. Les dangers que court la malade tiennent à l'hémorrhagie de l'utérus dont l'anesthésie par le chloroforme et l'éther accentue l'inertie. Nous savons également que chaque fois qu'un utérus gravide, qui vient d'expulser son contenu saigne, il suffit de réveiller ses contractions pour arrêter l'hémorrhagie. Or puisque l'injection de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire, en même temps qu'elle procure l'anesthésie nécessaire pour l'opération, excite les contractions de l'utérus, l'hemorrhagie n'est plus à craindre. »

Dr Paul Huguenin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'étendue du danger mutualiste et le remède.

Nous avons été, parfois, accusés de pousser au noir le tableau des progrès et des prétentions de la mutualité, et, partant de là, d'exagérer le danger qu'elle nous fait courir, pour expliquer l'intransigeance de l'attitude par nous recommandée vis-à-vis de ce mouvement.

Nos lecteurs nous permettront donc d'accumuler les preuves afin d'entraîner la conviction.

Le *Journal Officiel* résume, depuis quelques semaines, la teneur des documents qu'on peut voir à l'Exposition d'économie sociale.

C'est ainsi que, dans une note de douze colonnes parue au nº du 1er juin, il nous est loisible de lire un historique de la mutualité française où le langage des faits et des chiffres acquiert une signification plus menaçante encore que nous ne la soupçonnions nous-mêmes.

Voulez-vous, par exemple, juger des progrès du mouvement mutualiste? Ecoutez le rédacteur de la note officielle.

Les tableaux relatifs aux sociétés de secours mutuels, qui ont figuré à l'Exposition universelle de Paris en 1889 faisaient ressortir l'existence de 6.700 sociétés *approuvées*, comprenant 1 million de membres participants ou honoraires et possédant 120 millions de francs.

A la même date, les sociétés *autorisées* (libres aujourd'hui) étaient au nombre de 2,340, comptant 316,000 membres et réalisant 28 millions de francs.

A l'Exposition de 1900, après dix ans, ces tableaux permettent de constater une augmentation très importante dans ces deux catégories d'associations. Ils relatent le fonctionnement de 8,300 sociétés approuvées, ayant un effectif de 1,500,000 membres et un avoir de 225 millions de francs. De même on voit que le nombre des sociétés libres s'est élevé à 3,150, ayant 370,000 membres et un capital de 43 millions de francs.

Dans l'intervalle de ces dix années, le nombre des sociétés approuvées s'est accru de 2,200 et celui de leurs membres de 450,000; le chiffre de leur capital s'est surélevé de 105 millions.

Quant aux sociétés libres, leur surplus est de 810 unités, de 54,000 membres et de 15 millions de francs.

En somme, la mutualité française se présente à l'heure actuelle avec un total de 13,000 sociétés approuvées ou libres, un effectif de 2 millions de membres et un avoir de 300 millions de francs. Elle règle les pensions de 60.000 vieillards, dont la quotité moyenne par tête est de 100 fr. par an. Pendant l'exercice 1898, les recettes ont été de 28 millions; les dépenses ont atteint 22 millions, dont 3 millions et demi en frais médicaux, près de 4 millions en frais pharmaceutiques, 6 millions en indemnités journalières de maladie et près de 9 millions pour les arrérages des pensions de retraite.

Peut-être estimera-t-on bien minime la moyenne de ces pensions, mais il est à remarquer que, dans les sociétés assurant à la fois le service de la maladie et celui des retraites, elles n'ont rien coûté aux bénéficiaires, attendu que les frais généraux de maladie dépassent le montant des cotisations. En effet, la cotisation moyenne des membres participants, relevée au cours de l'exercice 1898, était de 14 fr. 13, tandis que la moyenne de leurs dépenses s'élevait à 17 fr. 84.

Si donc les ressources des sociétés de secours mutuels étaient basées uniquement sur les cotisations de leurs membres participants, loin d'avoir un excédent de recettes, elles subiraient un déficit très prononcé. Cet excédent — qui, grossi d'année en année depuis 1852, date de l'organisation régulière de la mutualité dans notre pays, est de 300 millions de francs — *provient des cotisations des membres honoraires, des dons et legs, des subventions de l'Etat, des départements et des communes, ainsi que des intérêts des fonds placés.*

Remarquez ces quelques mots que nous venons de souligner. Y trouvez-vous même simple mention de la générosité, dont le corps médical a donné la preuve, depuis un demi-siècle, en faisant remise aux mutualistes de la moitié de ses honoraires? Et pourtant, il est indiscutable que les deux tiers, peut-être, de ce fabuleux excédent, proviennent de cette générosité à laquelle rien ne nous obligeait. Ne suffisait-il pas que chacun de nous apportât sa cotisation de membre honoraire pour remplir le devoir social, si c'en était un?

Est-ce, en effet, remplir un devoir social que de soutenir des organisations complètement détournées de leur but primitif?

Quand la mutualité prit naissance, nous avions compris, comme tout le monde, le dictionnaire en main, qu'il s'agissait de dire aux plus humbles de la Société : « Si vous vous groupez pour verser en une caisse commune une cotisation

de..., bien calculée comme suffisante, vous pourrez, à l'heure de la maladie, recevoir les soins gratuits du médecin, la fourniture gratuite des médicaments, et une indemnité journalière de... C'est votre dû qui vous sera ainsi payé, vous n'aurez pas eu l'humiliation de tomber à la charge de quelqu'un, de solliciter une aumône. — Si même vous versez à une autre caisse, annexe de la précédente, une cotisation supplémentaire de... il vous sera servi à tel âge, une pension viagère de... sans que vous l'ayez mendiée à qui que ce soit. » Nous comprenions encore qu'on ajoutât : « Il se trouvera sans doute des philanthropes qui, spontanément, viendront encourager votre effort dans la mesure qui leur plaira, par des dons, des legs, des cotisations facultatives de membre honoraire, etc... Ne faites pas état, de suite, de ces recettes extraordinaires pour l'établissement du budget des dépenses ordinaires : constituez, par elles, une solide réserve à laquelle vous demanderez, plus tard, un secours pour les années critiques, et, plus tard encore, un supplément d'avantages en indemnités ou en retraites. Mais gardez strictement l'habitude de ne rien devoir à personne, de ne rien imposer à qui n'a pas d'obligations envers vous. »

Mais que s'est-il passé dans la réalité? Sous l'influence de préoccupations électorales, politiques, et surtout sociales, on a toléré et encouragé mille abus, qui ont fait, de l'œuvre de réciprocité et de solidarité rêvée par les philanthropes, une vaste organisation d'aspect parasite, d'allures tyranniques, dont les visées éloignent la sympathie des clairvoyants.

C'est ainsi que l'admission dans une Société, au titre de participants, de gens de toute condition, fausse absolument l'équité, surtout quand on s'aperçoit par les comptes du trésorier que l'élément aisé bénéficie beaucoup plus que l'élément pauvre.

C'est ainsi que l'ingratitude révoltante des mutuelles, envers leur vrai bienfaiteur, le Corps médical, et les exaction qu'elles commettent à son égard, sous l'œil bienveillant des pouvoirs publics, leur donnent bien l'air de coopératives tracassières et menaçantes, pour lesquelles la philanthropie s'efface devant la spéculation.

C'est ainsi enfin que de subventions en subventions, ces collectivités en sont arrivées à considérer comme un dogme leur droit de mendier à toutes les caisses publiques, à tous les budgets. Ecoutez ce qu'on leur donne et donnera, aux frais du contribuable et sans le consulter. C'est l'*Officiel* qui parle.

Poussant aussi loin que possible sa sollicitude pour lesdites sociétés, le Parlement leur a maintenu le taux d'intérêt de 4 1/2 p. 100, alors que celui de la caisse nationale des retraites pour la vieillesse, qui est le taux régulateur, n'est que de 3 1/2 p. 100. De plus, l'Etat subventionnant les versements qu'elles opèrent à leurs fonds de retraites, placés à la Caisse des dépôts et consignations, l'intérêt réel est porté à un taux beaucoup plus élevé ; il peut, selon le personnel des sociétés déposantes et le mode de leurs versements, atteindre 7, 8 et même 9 p. 100. Ce n'est pas tout : la caisse nationale des retraites ne liquidant les pensions qu'à raison de 3.50 p. 100, l'article 23 de la loi permet de les servir directement sur les intérêts des fonds de retraites, qui sont de 4 1/2 p. 100. Ces détails font ressortir combien la mutualité française est encouragée et favorisée par les pouvoirs publics.

Comptes prescrits des caisses d'épargne.

Nous avons relaté incidemment la loi du 20 juillet 1895, dont l'article 20 attribue aux sociétés de secours mutuels approuvées, possédant un fonds de retraite, les trois cinquièmes des comptes de caisses d'épargne qui n'ont été depuis trente ans l'objet d'aucune opération de la part des déposants. Il y a trente ans, les dépôts de fonds aux caisses d'épargne, se montaient à 600 millions de francs ; aujourd'hui, ils atteignent 4 milliards et demi.

La première application de la loi de 1895 a eu lieu en 1897 pour l'exercice 1896. La quote-part des sociétés de secours mutuels a été de 140,000 fr. En 1898, elle a dépassé 200,000 fr. Il est permis de tabler sur une augmentation progressive de ces abandons, en rapport avec l'accroissement des dépôts, *et tout fait supposer que les trois cinquièmes alloués monteront bientôt jusqu'au demi-million.*

La moyenne de cette répartition par tête de bénéficiaire n'est pas élevée, mais il faut considérer que c'est une rente annuelle, puisque le capital se renouvelle tous les ans.

Ce sensible avantage est de nature à exciter l'émulation et à faciliter la propagande des hommes d'initiative, assez judicieux pour prévoir, dans la diffusion de l'esprit mutualiste parmi les travailleurs, le remède à l'insécurité de la vieillesse. Combien de vieillards sont, en effet, victimes de l'imprévoyance malheureusement habituelle à l'âge où l'on peut épargner !

Subventions départementales et communales.

D'autre part, les départements et les communes, se rendant compte des bienfaits que répandent les sociétés de secours mutuels, ont voulu, eux aussi, contribuer à leur extension. Chaque année, dans la mesure de leurs ressources, les conseils généraux et les conseils municipaux votent des subventions de plus en plus importantes, plus de 600,000 en 1899. *Tout fait prévoir que le million sera réalisé à bref délai.*

Il ne faudrait pas s'imaginer que l'historien officiel est trop brillant dans ses pronostics.

A ceux qui seraient tentés de le croire, nous dédions la délibération suivante du Conseil général de Seine-et-Oise, en les priant de la méditer avec soin, et de se défier que cette assemblée ne trouve rapidement des imitateurs.

Le Conseil général, résolu à favoriser le développement des Sociétés de secours mutuels en Seine-et-Oise et persistant dans les intentions qu'il a déjà manifestées à ce sujet dans ses séances des 29 avril 1897, 22 août 1899, 15 avril 1899 et 29 août 1899 ;

Sa première et quatrième Commissions entendues ;

Délibère :

I. — Les Sociétés de secours mutuels approuvées qui seront créées dans les communes de Seine-et-Oise, où il n'en existe pas et dont les habitants n'ont pas la faculté d'entrer dans une Société voisine, recevront pendant deux ans une prime annuelle de six francs par membre participant, qu'il s'agisse de Sociétés constituées dans le but de distribuer des indemnités pour cause de maladie, ou de Sociétés ayant, en même temps, ou exclusivement pour objet la création de retraites.

II. — Les Sociétés scolaires de secours mutuels recevront, au lieu de primes individuelles, une subvention globale fixée à vingt-cinq francs par canton et par an.

III. — Les pensions de retraite servies par les Sociétés de secours mutuels aux mutualistes âgés de soixante ans au moins, seront majorées de 10 %, le maximum de la majoration étant fixé à dix-huit francs.

IV. — Le bénéfice de ces majorations ne s'appliquera qu'aux retraites dont le montant, y compris les subventions de l'Etat et du département, ne sera

pas supérieur à trois cent soixante francs ; il ne s'étendra pas aux mutualistes dont le revenu, y compris le produit de leurs retraites, atteindrait ou dépasserait la somme de trois cent soixante francs par an.

Pour avoir droit à ces majorations de pensions, les membres participants devront être âgés d'au moins soixante ans, sauf le cas d'invalidité précoce, avoir acquitté la cotisation sociale pendant vingt-cinq ans au moins et remplir les conditions statutaires fixées par leur Société pour l'obtention de la pension.

La durée des versements annuels exigée des mutualistes, pour leur permettre de bénéficier des majorations de pensions, sera abaissée de vingt-cinq à quinze ans, pour les adhérents âgés de quarante-cinq ans au moins qui seront admis comme participants dans les Sociétés de secours mutuels établies dans les communes de Seine-et-Oise où il n'en existera pas encore le 1er janvier 1901. Cette disposition est transitoire, elle prendra fin le 1er janvier 1906.

V. — Les dispositions des deux paragraphes précédents s'appliquent aux retraites des sapeurs-pompiers.

VI. — Il est fait appel à l'initiative privée pour organiser dans chaque commune, ou dans une union de communes, des Sociétés de secours mutuels. Si, dans l'espace de deux ans, à dater du 1er janvier 1901, des communes de Seine-et-Oise se trouvent encore privées de Sociétés de secours mutuels, le préfet devra inviter les municipalités à procéder à leur organisation et à solliciter le concours de tous les citoyens, susceptibles d'aider à l'accomplissement de cette œuvre.

VII. — Le Conseil général attire dès maintenant l'attention des municipalités, sur l'utilité que présentent, au point de vue humanitaire et social, les Sociétés de secours mutuels et les invite à accorder aux Sociétés créées ou à créer, des subventions analogues à celles qui leur sont assurées par l'Etat et par le département.

VIII. — La présente délibération aura son effet à partir du 1er janvier 1901. et les bonifications de pensions seront aussi applicables aux mutualistes dont les retraites auront été liquidées avant cette date.

IX. — Seront exclues des libéralités du Conseil général les Sociétés de secours mutuels faisant uniquement la retraite *et n'admettant pas comme membres participants les enfants à partir de treize ans et les femmes*. Un crédit de 8,000 francs, destiné à faciliter l'accession des enfants et des femmes aux Sociétés de secours mutuels, est mis chaque année à la disposition de M. le préfet, pour être réparti, suivant leurs besoins, entre toutes les Sociétés de secours mutuels s'occupant — ou exclusivement de la maladie — ou à la fois de la maladie et de la retraite, et qui admettront les femmes et les enfants comme membres participants.

X. — Les crédits que le Conseil général consacrera à la mutualité, sont dès maintenant limités au produit d'un centime départemental. Dans le cas où les subventions accordées aux Sociétés de secours mutuels, en vertu de la présente délibération, tendraient à dépasser la valeur d'un centime départemental, le Conseil général se réserve le droit de reviser le taux des primes de début et celui des bonifications de retraites, sans que les bonifications de retraites déjà concédées, au moment de cette revision aurait lieu, puissent subir aucune réduction.

XI. — Un crédit de 40,000 francs sera ouvert au budget de 1901, pour faire face aux obligations du nouveau service de la mutualité.

XII. — Le bénéfice des dispositions contenues dans la présente délibération ne s'applique qu'aux Sociétés de secours mutuels approuvées et n'ayant pas de ramifications en dehors.

XIII. — Chaque année, à la session d'avril, il sera rendu compte au Conseil général du montant des sommes dépensées, durant l'année précédente, pour la mutualité et de leur emploi.

Nous supplions tous les membres du Concours de conserver ce document, dont ils auront certainement besoin. C'est l'exposé complet du programme de la mutualité, qui, appelée, en apparence et par principe, à vivre de ses seules ressources (sans quoi son titre ne serait qu'un mensonge), est désormais officiellement invitée à frapper à toutes les caisses.

Sociétés scolaires jusqu'à 13 ans, et, à partir de cet âge, hommes, femmes, enfants, embrigadés jusqu'à la mort, sans distinction basée sur les ressources des Sociétaires. Tel est le but vers lequel on va tendre en Seine-et-Oise, par tous les moyens ; l'initiative privée, que récompenseront quelques hochets, quelques médailles de la mutualité ; l'initiative municipale, qui nous donnera une Société par commune ; le budget largement ouvert à tous crédits qu'on n'a pas honte de refuser à l'assistance et à l'hygiène ; la commune appelée à subventionner aussi ces œuvres, même quand elle se dira trop pauvre pour soigner ses moribonds indigents, etc., etc...

Et, conséquence qui nous touche de la façon la plus grave, ces collectivités mendiantes vont assiéger nos portes pour marchander sur les honoraires. Elles auront accaparé tous nos clients pour venir nous dire en leur nom : « Docteur, nous payons tant, et pas un sou de plus. »

Chers confrères, il en est beaucoup parmi nous, il en est trop, qui ne se préoccupent des dangers professionnels que quand ils en ressentent les premiers effets.

Eh bien, souvenons-nous que l'exécution du programme ci-dessus est fixée à demain, 1er janvier 1901. Le Conseil général de Seine-et-Oise, depuis longtemps stylé par H. Maze, qui fit sa fortune politique dans ce département, a seulement pris les devants, en disciple zélé : il aura des imitateurs dans le pays, nous pouvons le répéter en toute certitude.

Qu'allons-nous faire devant ce mouvement ? Encore trembler, encore gémir, pour capituler en fermant les yeux ?

La défense est si simple que l'abstention serait impardonnable.

Chacun de nous peut et doit se placer, au plus tôt, à distance de l'engrenage, en disant aux philanthropes de l'école mutualiste :

« Faites donc, Messieurs, toutes les belles « choses que vous rêvez. Seulement, n'oubliez « pas que, désormais, l'adhérent d'une Société « de Secours mutuels, quels que soient son âge, « son sexe, sa fortune, sera pour nous un client « comme un autre, justiciable du tarif d'honorai- « res que nous appliquons à la catégorie sociale « dont il fait partie. Nous lui enverrons sa note, « il vous déléguera pour l'acquitter, et nous vous « recevrons très aimablement, à condition que « vous ne nous demandiez rien. Si vous sortiez « de cette réserve, nous vous aboucherions avec « l'huissier chargé de nos recouvrements dif- « ficiles. »

En agissant ainsi, en nous ressaisissant d'une façon complète, nous userons de notre plein droit que personne ne peut contester.

Mais hâtons-nous surtout d'ajouter que c'est un impérieux devoir.

Quoi, nous verrions englober, ainsi, toute la clientèle du médecin de campagne, sans opposer un *veto* absolu ? Tous fonctionnaires d'ici quelques années ? Tous asservis et domesti-

TABLEAU DE L'EXPOSITION DU CONCOURS MÉDICAL

à la classe 109 — Economie sociale.

Association de médecins, fondée en 1879, par l'initiative et sous la direction du **docteur Cézilly**, pour l'étude et la défense des intérêts médicaux et pour la création d'œuvres de prévoyance et de solidarité professionnelles. Sous forme de Société civile, elle dispose d'un journal hebdomadaire, le « *Concours Médical* ».

Du 1er juillet 1879, jusqu'au 31 décembre 1899, 4.500 médecins ont adhéré aux statuts et leurs noms ont été publiés au journal.

La Société est administrée par un directeur, le **Dr Cézilly**, et un Conseil de direction de trois membres : **Dr Gassot**, de Chevilly ; **Dr Maurat**, de Chantilly ; **Dr Jeanne**, de Meulan.

Au 31 décembre 1899, la Société possède un capital de **41.000 fr. 00**.

ŒUVRES DU CONCOURS MÉDICAL

1° CAISSE DE PRÉVOYANCE des ASSURÉS SUR LA VIE

FONDATION 1881

OBJET :

Payer, moyennant certaines garanties, les primes que les Membres du Concours Médical se trouveraient dans l'impossibilité momentanée de verser, et par là, les sauver de la déchéance.

Organe : Le journal « *Le Concours Médical* ».

Elle est alimentée par des versements que le « *Concours Médical* » obtient des Compagnies d'assurances sur la vie lorsqu'un de ses membres contracte une assurance, par dons et legs, enfin par les intérêts des fonds qu'elle a encaissés.

Au 31 décembre 1899 possède un capital de **11.600 fr. 00**.

2° SYNDICATS MÉDICAUX ET UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX de France

FONDATION 1881

Existence légale reconnue en 1892 par la **loi Chevandier** obtenue grâce aux efforts du Concours Médical.

OBJET :

Défense des intérêts professionnels et propagation des règles de déontologie médicale.

Organe : Le journal « *Le Concours Médical* ».

La plupart des Syndicats Médicaux se sont groupés en **Union** en 1884, sous l'influence du Concours Médical.

L'Union comptait alors 88 Syndicats et avait pour organe le *Bulletin des Syndicats médicaux de France*, également fondé par le Concours Médical.

En 1895, l'Union des Syndicats médicaux a subi des modifications et a vécu, depuis, indépendante du Concours Médical.

3° SOCIÉTÉ DE PROTECTION des Victimes du DEVOIR MÉDICAL

FONDATION 1888

OBJET :

Rechercher les médecins victimes de leur dévouement et ayant dépassé les limites naturelles du devoir professionnel, en payant de leur vie, ou d'une incapacité d'exercer, leur acte d'héroïsme. Venir en aide à eux ou à leurs familles, par des dons et par l'appui moral qu'elle peut leur prêter.

Organe : Le journal « *Le Concours Médical* ».

Comité de 15 Membres et donateurs.

Est venu en aide à nombre de familles médicales.

Au 31 décembre 1899, elle possède la somme de **10.800 fr. 00**.

4° CAISSE DES PENSIONS De Retraite du CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

FONDATION 1884

OBJET :

Fournir des pensions de retraite, variant de 1.200 à 4.800 francs, aux médecins âgés de 60 ans et ayant versé une cotisation proportionnelle à leur âge d'entrée, au moins pendant 10 années. Les femmes des Sociétaires sont admises à cotiser. Les premières pensions délivrées en 1894 s'élèvent actuellement à **27**.

Nombre des membres : **300**.

Le capital de la Société au 31 décembre 1899 est de **800,000** fr. **00**.

5° ASSOCIATION AMICALE des MÉDECINS FRANÇAIS

FONDATION 1894

OBJET :

Verser, au Sociétaire malade, une indemnité quotidienne de dix francs par jour, pendant soixante jours et, au delà, une indemnité mensuelle de 100 fr. quelle que soit la durée de l'incapacité professionnelle.

Une combinaison arrête la participation à 65 ans, une autre combinaison dure la vie entière.

L'admission est possible jusqu'à 64 ans.

La prime annuelle varie avec l'âge d'entrée et avec la combinaison choisie.

Nombre des membres : **600**.

Au 31 décembre 1899, son capital s'élève à **110,000** fr.

Elle a déjà versé plus de 74.000 fr. d'indemnités.

6° SOU MÉDICAL

FONDATION 1897

OBJET :

Ligue de protection et de défense professionnelles. Les adhérents versent un sou par jour, c'est-à-dire 18 fr. par an.

Les adhérents peuvent recourir à l'œuvre, toutes les fois que leurs intérêts ou leur sécurité sont en péril.

La Société ne capitalise pas ; elle dépense ses ressources au fur et à mesure des besoins de ses membres.

Tout genre d'intervention lui est licite et le conseil d'administration a pleins pouvoirs, sous condition de soumettre ses actes à l'Assemblée générale annuelle.

Sa forme légale est le *Syndicat*.

Nombre des membres : **400**

Son avoir au 31 décembre 1899 est de **6,600** fr **00**.

7° FINANCIÈRE MÉDICALE

FONDATION 1899

OBJET :

Procurer aux médecins les sommes nécessaires pour mettre à exécution les œuvres de défense et de protection de leurs intérêts.

Partie de son capital, versé en entier, est, en ce moment, consacrée à faciliter le fonctionnement d'une compagnie d'*assurances mutuelles contre les accidents*, compagnie qui verse des honoraires équitables aux médecins qu'elle emploie.

SOCIÉTÉ ANONYME

Nombre de souscripteurs **950**

Capital : **220,000** *fr.* **00**

Au 31 décembre, 1899 les Œuvres fondées par le *Concours Médical* disposent d'un capital de **un million deux cent mille francs**, non compris ce que possèdent les *Syndicats Médicaux de France*.

qués sous la main des tyranneaux de village ?

Non, ce n'est pas possible. L'indépendance, la liberté, la dignité professionnelle, le souci du gagne-pain, de l'existence de notre famille, nous obligent à rompre les mauvaises traditions dont nous fûmes trop longtemps dupes.

Et puisqu'on nous donne l'exemple dans le camp adverse, puisqu'on nous ignore dans les lois mutuelles, puisqu'on refuse de nous entendre dans les Grands Conseils de la Mutualité, de notre côté ignorons ce mouvement de fausse philanthropie, qui ne cache qu'un engrenage où nous finirons par être broyés.

Assez payé, nous, les médecins ! Que les autres s'exécutent à leur tour. Ils jugeront mieux ainsi de l'importance du sacrifice que nous avions bénévolement accepté.

Peut être alors nous feront-ils l'honneur de croire ce que nous leur disions : « La mutualité française telle qu'elle se développe est un pur parasite qui deviendra quelque jour bien gênant. C'est une forme d'assistance, et rien de plus ; seulement elle sera plus tyrannique que l'autre....., pour le médecin particulièrement, qui pourtant ne lui doit rien. »

REPORTAGE MEDICAL

Inauguration du monument de Jean Hameau. — Elle vient d'avoir lieu à La Teste, sous la présidence de M. Lannelongue, entouré des sommités médicales girondines. M. le Dr Rolland, constatant, dans son discours, que c'était là une fête des praticiens, a rappelé au président de l'Association générale que celle-ci devrait bien s'orienter uniquement vers la satisfaction à donner à l'intérêt des plus modestes d'entre nous.

L'*Association médicale anglaise pour l'indemnité maladie.* — La dernière réunion mensuelle du conseil d'administration de la *Medical Sickness Society* a été particulièrement intéressante, car elle a résumé, dans une vue d'ensemble, les actes et le bilan de la société pendant l'année 1899.

Du 1er janvier au 31 décembre 1899 le nombre des membres participants de l'association a progressivement atteint le chiffre de 1.945 et le portefeuille s'est en conséquence élevé de 3.157.138 francs, à 3.304.338 francs, soit un accroissement d'environ 150.000 francs. Le total des indemnités payées aux sociétaires frappés par la maladie a été de 187.250 fr. Cette somme, tout en restant parfaitement dans les limites prévues, est, paraît-il, la somme la plus grande déboursée jusqu'à ce jour.

En comparant maintenant les résultats ci-dessus avec la situation probable pour 1900, telle que semblent l'annoncer les premiers mois d'exercice, voici les conclusions auxquelles on arrive :

Jusqu'à fin avril les déclarations de maladies ont été notablement plus faibles que l'an passé, tant au point vue de leur nombre qu'en ce qui concerne la durée moyenne de l'incapacité de travail. Comme d'autre part, en raison du développement de la Société, le conseil a établi un chiffre de dépenses plus élevé, il y a tout lieu d'espérer que 1900 sera une excellente année pour la *Medical Sickness Society*.

Toutefois ce beau résultat est sinon atténué, du moins modifié, par la constatation du nombre croissant de sociétaires atteints d'affections chroniques auxquels l'association sert une demi-indemnité sans interruption jusqu'à l'âge de 65 ans. En 1899, la liste des membres ainsi frappés d'incapacité permanente comprenait 11 médecins. Il y en a maintenant 14 dont bien peu semblent susceptibles de reprendre un jour leurs occupations professionnelles.

La médecine en adjudication. — Nous avons raconté, au n° 18, la tentative d'adjudication du service médical de l'atelier des estropiés à Montreuil.

M. le Dr F. Helme nous en donne ainsi l'issue dans sa chronique de la *Médecine moderne.*

« Montreuil possède sept médecins, comme la Grèce possédait sept sages. Quatre sont syndiqués. Ceux-là firent bloc, écrivirent de bonne encre au fonctionnaire ce qu'ils pensaient de ses façons. Un cinquième ne répondit rien, mais sans doute n'en pensa pas moins. Sur les deux restants, l'un fidèle au programme de l'Administration, envoya sa soumission bien et dûment cachetée. Renchérissant, l'autre s'engagea à rabattre plus encore que tous les concurrents, acceptant à l'avance telle diminution qu'on voudrait sur le plus fort rabais consenti. Celui-là voulait assurément remporter la palme ; un peu plus, il y aurait mis de sa poche.

L'adjudication allait avoir lieu lorsque heureusement, le Syndicat des médecins de la Seine informé put intervenir. Le bureau fit une démarche auprès de notre confrère, M. Piettre, le Président du Conseil général. Ce dernier, rompant avec les habitudes des politiciens, voulut bien se souvenir qu'il était médecin. Il prit l'affaire en main, fit appeler le fonctionnaire trop zélé, bref il décida en fin de compte que tous les médecins de la localité concourraient à donner leurs soins à l'Etablissement. Le Conseil votera chaque année un crédit ; on en partagera le montant entre tous les médecins au prorata de leurs visites. Le système d'adjudication se trouve écarté, cette fois encore, de notre route déjà si remplie de fondrières. »

Programme des fêtes qui seront offertes à MM. les Membres du XIIIe Congrès international de Médecine. — 2 Août, jour de l'ouverture du Congrès, fête offerte le soir par M. le Président du Conseil au nom du Gouvernement de la République.

3 Août, fête le soir, sur invitation, offerte par M. le Président du Congrès.

5 Août, réception des Membres du Congrès, le soir, par M. le Président de la République au Palais de l'Elysée.

8 Août, fête, le soir, dans le Palais du Sénat et le jardin du Luxembourg, offerte aux Membres du Congrès par le Bureau et les Comités d'Organisation du Congrès.

Une fête sera demandée au Conseil Municipal de Paris.

En outre, des fêtes particulières seront organisées dans la plupart des Sections.

Pour toutes ces fêtes seront invitées les femmes, filles et sœurs de MM. les Membres du Congrès.

Un Comité de Dames est organisé pour la réception des femmes, filles et sœurs de MM. les Membres du Congrès.

Le Secrétaire Général du Congrès,

A. Chauffard.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MEDICAL »

N° 4514. — M. le docteur Soyer, de Chaon (Loir-et-Cher), membre de l'Association et du Syndicat des médecins du Loir-et-Cher.

N° 4515. — M. le docteur La Bonnardière, de Miramas (Bouches-du-Rhône), membre de l'Association amicale des médecins français.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le Dr Steimer, de Cossé-le-Vivien (Mayenne), membre du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **A. GÉZILLY.**

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 26 30 JUIN 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY



SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Un encouragement à l'alcoolisme

La lutte contre l'alcoolisme a trouvé des concours dans les Ministères de la guerre et de la marine.

Mais le Ministère des finances fait preuve de préoccupations bien différentes.

Nous avons, en effet, après tant d'autres tentatives de réforme sur ce point, un projet Caillaux sur le régime fiscal des boissons.

Il se résume en ceci : On dégrèvera les boissons dites hygiéniques, et, pour compenser la perte de 120 millions ainsi causée au trésor, on demandera 22 millions de plus aux licences des débitants, on *réglementera* le privilège des bouilleurs de cru, et on augmentera de 40 % la taxe de l'alcool : c'est tout.

Nous ajoutons sans précautions oratoires : « Ce n'est rien. »

L'augmentation si infime des licences ne supprimera pas un débitant ; en revanche, celui-ci saura fort bien se rattraper du surcroît de dépenses provenant de là. ainsi que de la surtaxe de l'alcool, en vendant des boissons encore plus frelatées, si possible, que celles qui remplissent ses carafons multicolores.

Mais ce qui nous inquiète surtout, c'est la soi-disant *réglementation* du privilège des bouilleurs de cru.

Tous les médecins de nos plus belles provinces agricoles savent ce que ce privilège a fait de la santé, de l'intelligence et de la fortune de leurs populations rurales. Eh bien, ce fléau, on refuse de le supprimer. On régularise au contraire son existence illégitime, en dégrevant des droits les producteurs qui opèrent avec des alambics de moins de cinq hectolitres, et y distillent les choses les plus invraisemblables. Comme si ce n'était pas le cas de la presque unanimité des bouilleurs !

Il se peut que le projet Caillaux soit une opération de trésorerie acceptable ; il se peut encore que les mastroquets et autres grands électeurs s'en accommodent sans trop protester.

Mais, quand un Gouvernement se pique de sollicitude envers les travailleurs de la ville et des champs, quand il se targue de protéger la santé des populations et de relever l'agriculture, il doit avoir conscience que le maintien du privilège des bouilleurs est une énorme contradiction avec son programme, et un grave préjudice volontairement porté par lui-même, aux intérêts supérieurs dont il a la garde.

Monsieur le Ministre, il y a méprise. Au nom de la santé publique, c'est à recommencer.

H. J.

Société Civile du « Concours Médical ».

Séance du 21 juin 1900.

Présents : MM. Cézilly, Jeanne, Gassot et Maurat.

Le Conseil s'occupe des dispositions à prendre pour l'emploi des fonds résultant de la souscription.

Il reçoit de MM. Cézilly et Gassot la déclaration de leur désir de voir affecter cette somme à

la création d'une réserve de secours, destinée aux médecins nécessiteux.

En présence de cette détermination, il est d'avis de laisser ouverte la souscription, qui devait être close fin courant.

En ce qui concerne la loi Roussel, le Conseil est informé que les démarches faites près de M. le professeur Labbé n'ayant pas encore abouti seront renouvelées.

Le Conseil est d'avis qu'en présence du développement excessif que les pouvoirs publics cherchent à donner au mouvement mutualiste, il y a lieu de conseiller au corps médical de ne consentir aucune réduction de prix aux membres de ces Sociétés et de les traiter d'après le tarif de la classe à laquelle ils appartiennent.

En ce qui concerne la réduction de la taxe des chevaux et voitures, le Conseil a obtenu du Ministère des finances une interprétation qui a été publiée au n° 20 du journal. En cas de contestation, nos confrères doivent adresser leurs réclamations au Conseil de préfecture.

Après examen des comptes, le Conseil décide d'employer les fonds disponibles de la Société Civile et de la Caisse de Prévoyance, soit d'une part 997 fr., et d'autre part 682 fr., par suite du remboursement d'une obligation Com. 1879, n° 81.426.

Association amicale des médecins français.

Séance du Conseil d'Administration du 21 juin 1900.

La séance est ouverte à 2 heures, sous la présidence de M. le Dr Cézilly, président.

Présents : MM. Gassot, Jeanne, Maurat.

Indemnités à verser.

Les Nos suivants reçoivent :

N° 36	24 jours	240 fr. » »
N° 48	27 —	270 » » »
N° 51	9 —	90 » » »
N° 93	chronique décédé le 9 juin	218 » 75
N° 150	chronique 3 mois	300 » » »
N° 157	58 jours	580 » » »
N° 201	chronique 3 mois	300 » » »
N° 224	6 jours	60 » » »
N° 273	28 —	280 » » »
N° 282	29 —	290 » » »
N° 305	19 —	190 » » »
N° 315	27 —	270 » » »
N° 322	5 —	50 » » »
N° 356	20 —	200 » » »
N° 362	chronique 3 mois	300 » » »
N° 374	60 j. + 34 j	716 » 55
N° 395	46 jours	460 » » »
N° 401	chronique 3 mois	300 » » »
N° 488	60 j. + 33 j	709 » 90
N° 501	chronique 3 mois	300 » » »
N° 544	60 j. + 13 j	643 » 30
N° 551	6 j. à 10 fr. 2 mois et 21 j. à 3. 33	330 » » »
	Total	7.098 fr. 50

Admissions nouvelles.

Combinaison A. — MM. les docteurs Boudeau, de Choisy-le-Roi (Seine) ; Cailleux, de Crépy-en-Valois (Oise) ; Palasme de Champeaux, de Lorient (Morbihan) ; Douarre, de Saint-Siméon-de-Bressieux (Isère); Gaussargues, d'Auduze (Gard); Lefebvre, de Blendecques (Pas-de-Calais) ; Savatier, de Cossé-le-Vivien (Mayenne).

Combinaison B. — MM. les docteurs Graud, de Lyon ; Mézangeau, de Port-Brillet (Mayenne) ;

FEUILLETON

Trop de malades !

Le fleuve ne féconde plus, il engloutit ;
Le flambeau n'éclaire plus, il consume !
(V. Hugo.)

Comment, trop de malades, vous êtes-vous déjà écrié ; la plaisanterie vous paraît dépasser la mesure, car on se plaint de tous côtés, sur la Cannebière comme au pays de Rabelais. Le moment est donc mal choisi, pour venir nous dire ironiquement qu'il y a pléthore morbide et surabondance de râles d'agonie.

Tout doux, mes amis, un peu de patience ; je n'ai pas l'intention de vous donner une fausse joie, ni de vous faire venir intempestivement l'eau à la bouche. — Vous savez bien qu'on n'a plus d'argent, aujourd'hui, que pour spéculer ou se vautrer dans de crapuleuses orgies. Il ne s'agit donc pas de malades rémunérateurs, de vrais malades ayant un besoin immédiat de vos soins. — Je dirai même plus, pour persévérer dans mon affirmation aux allures paradoxales, c'est à votre dam que sévit l'épidémie actuelle ; plus les cas pathologiques augmentent, plus les forces vives du pays s'amoindrissent et moins on songe à réclamer votre intervention.

C'est précisément parce qu'il y a quelque chose de pourri et de gangrené dans l'organisme national, que l'incurie a fait place à la confiance et que le septennat des vaches maigres menace de s'éterniser.

Vous voudrez bien reconnaître, je pense, que le corps social, dont le pouls est si agité, qui a si souvent la fièvre, est sérieusement atteint, qu'il est couvert d'ulcères, miné par les virus les plus perfides, désagrégé par les toxines les plus redoutables.

Nous portons en nous des germes puissants de destruction ; le pronostic le plus grave s'impose, si certaines opérations d'urgence ne sont pas pratiquées sans nouveaux retards, si un apport pressant d'énergies ne vient relever tant de détresse.

Contre le mal qui nous ronge, il faut des remèdes énergiques et non des palliatifs, et non d'anodines dilutions : — une révolution dans l'art de traiter la cachexie populaire s'impose, de façon à ce que les praticiens de pensée, de haute culture, reprennent enfin la place qui a été usurpée par des empiriques, par des infirmiers ignares et des sous-vétérinaires sans expérience.

Vous ne tarderez pas à partager mon pessimisme, si vous voulez bien promener votre lanterne autour de vous :

— De tout temps, la Justice fut plus ou moins accusée de raideur et de boiterie. Actuellement, elle est affaissée, chancelante, ne tient plus debout. Les influences les plus annihilantes paralysent ses intentions et stérilisent ses facultés ; c'est à peine si elle peut rendre quelques services, et non des arrêts ; elle inspire vraiment les plus vives appréhensions.

— Dame Vérité n'est guère mieux partagée ; elle éprouvait déjà bien des difficultés à se mettre en marche ; la voilà devenue massive, impotente, et

Berger, de Coutras (Gironde) ; Payre, de Grenoble ; Duval, de Valogne (Manche) ; Jays, de Beaulieu (Alpes-Maritimes) ; Baille-de-Langihaudière, de Villaines-la-Juhel (Mayenne); Salles, d'Aureilhan (Hautes-Pyrénées) ; Cosset, de Doulon-les-Nantes (Loire-Inférieure) : Leclerc, de Rennes (Ille-et-Villaine) ; Bounel, de Saint-Gervais-sur-Mare (Hérault) ; Samalens, d'Auch (Gers).

L'admission d'un confrère est ajournée à un an.

La séance est levée à 4 heures.

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitement du Noma

Le noma ou gangrène de la bouche est, d'après M. Schweitzer (*Wratch*, n° 14 et *Gazette des hôp.*) justiciable du traitement suivant :

On commence par enlever, à l'aide de la curette tranchante, tout le tissu gangrené ; l'ulcération lavée avec de l'eau boriquée ou avec du permanganate de potasse (solution à 1 p. 1000 chaude) est saupoudrée et frictionnée avec de la poudre d'iodoforme ; un pansement sec est ensuite appliqué. S'il est impossible d'enlever, avec la curette, tout le tissu mort, on applique, au lieu du pansement sec, un pansement avec de la gaze trempée dans du permanganate de potasse. Si la nécrose continue, les jours suivants, on répète le grattage de l'ulcération. Les lavages sont faits deux fois par jour et les frictions iodoformées, une fois par jour.

L'auteur a traité d'après cette méthode, six enfants chez lesquels le noma s'était développé à la suite de la rougeole ; sur ces six cas, cinq se sont terminés favorablement ; dans le sixième la mort est survenue par suite de septicémie.

L'immobilisation dans la phlébite.

Ce qui fait la gravité de la phlébite et la nécessité de prescrire un repos prolongé, c'est la possibilité de l'embolie.

On sait qu'elle est possible, même lorsque la phlébite est très légère, même lorsqu'elle passe inaperçue. Aussi, lorsqu'un malade se trouve dans des conditions où il peut être exposé à une phlébite, le médecin doit-il, à la moindre élévation de température inexpliquée, explorer soigneusement le système veineux malade et imposer le repos au lit absolu, à plus forte raison quand apparaissent des douleurs, mêmes vagues, et de l'œdème malléolaire.

Il est difficile de trouver une base d'appréciation exacte dans les dates, qui nous sont données par les différents auteurs.

Dans une phlébite à poussées successives, dit M. le Dr Mérigot de Treigny dans le *Journal des Praticiens*, chaque coagulation nouvelle qui se forme, demande à peu près le même temps pour se fixer et la durée de l'immobilisation ne doit être calculée qu'à partir de la dernière rechute. Il en résulte, nécessairement, l'obligation de surveiller de près l'évolution de la maladie, pour surprendre toute extension, même légère du processus inflammatoire. La marche de la température peut être considérée comme un guide assez sûr, chaque étape nouvelle étant indiquée par une élévatiou, qui se maintient au moins quelques jours. La persistance de la douleur et surtout sa réapparition, après qu'elle a cessé, sa localisation sur une région nouvelle sont des signes, dont il faut tenir grand compte. Chez un malade ayant une jambe atteinte, des

---

tellement frileuse qu'on est obligé de la recouvrir avec les premiers oripeaux venus, réclames et affiches électorales, pour qu'elle puisse affronter les bises malsaines, qui, grâce aux zoïles, aux pharisiens, aux Tartufes de tout acabit, soufflent en bourrasque vers sa radieuse nudité.

— Le peuple a toujours eu de faméliques appétits ; mais il est aujourd'hui atteint de la plus vorace des boulimies ; il ne lui suffit plus d'être dans le fromage symbolique et d'avoir l'assiette au beurre à sa disposition ; suggestionné par l'envie qui enfielle si aisément l'âme démocratique, il veut tout absorber, tout dévorer ; il lui faut du sang, de la chair fraîche, des hécatombes innombrables. Et, circonstance aggravante, cette appétence morbide se complique d'une polydypsie, que les absinthes les plus violentes, les apéritifs les plus frelatés, ne parviennent pas à calmer. L'alcoolisme électoral le guette et l'accapare ; plus il boit, plus il a soif, soif de déclamation, de pathos et de phrases creuses, soif d'exhibitions, d'arbitraire, de violence, de destruction. Rien ne le rebute, ni les duperies du cosmopolitisme, ni les fourberies de ceux qui l'exploitent, ni les sophistications de ses fournisseurs, ni l'impureté de l'eau de Seine ou de l'air municipal. L'ogre insatiable avale tout, pêle-mêle, sans contrôle et même sans trop d'indigestions ou de colère ! — Mal lesté par un pareil régime, empoisonné par tant de toxiques, il ne peut évidemment penser et agir avec mesure, comme un citoyen pondéré qui suit une hygiène intellectuelle et morale, vraiment irréprochable.

— Quant à nos gouvernants débiles et à courte-vue, tous plus ou moins atteints de la folie des grandeurs, je suppose qu'on peut sans irrévérence, sinon sans tristesse, parler de ramollissement, d'encéphalite diffuse, de démence sénile. — C'est parce que leurs centres nerveux sont atteints de lésions chroniques, que les plus belles manifestations de la vie morale, les formes d'un idéal noble et élevé, leur sont devenues inintelligibles.

Etonnez-vous, après cela, qu'on ne respecte plus rien en France, ni le chef de l'Etat, ni son couvre-chef !

On serait presque tenté d'admettre, avec Taine, que l'homme normal est simplement moins fou que ceux qu'il appelle fous, que c'est un prétendu raisonnable, qui ne vit pas assez longtemps pour devenir dément.

La pénible constatation de notre amoindrissement est mise en vedette par ce fait que le nombre moyen des admissions dans les asiles de la Seine a doublé depuis vingt ans. — C'est même probablement parce que les établissements de Charentou et de Sainte-Anne ne suffisent plus à recevoir les déséquilibrés, qu'il y en a tant dans nos assemblées politiques.

— Il n'y a pas jusqu'à la jeune génération, qui ne soit malingre et prématurément exténuée. On se demande même si jamais ils ont été jeunes, ces éphèbes compassés, tant il y a peu de sève et de généreuses ardeurs en leur intellect.

Ils paraissent indifférents à tout, rien ne les émeut, ni les injustices les plus révoltantes, ni les violences les moins justifiées, ni les félonies les plus honteuses, ni les accès de rage persécutrice d'une poignée de sectaires.

Ils ont même peur de la société des femmes et des jeunes filles : La royale Hélène a beau leur chanter avec ses accents les plus voluptueux :

douleurs persistantes dans le bas-ventre annoncent souvent, quelques jours à l'avance l'extension à l'autre membre. Si la phlébite a envahi les veines superficielles de la cuisse, on pourra voir la douleur et le gonflement gagner de proche en proche le côté opposé par les anastomoses médianes (Berger). Même avec peu de douleurs, une extension brusque et persistante de l'œdème indique une nouvelle coagulation. Enfin, tant que la marche envahissante de la maladie n'est pas arrêtée, l'état général n'est pas complètement satisfaisant, le sommeil reste imparfait et l'appétit languissant. On constate, au contraire, une amélioration franche, quand la maladie entre dans la période de réparation. »

« En somme, M. Mérigot de Treigny estime que le temps de l'immobilisation nécessaire peut être fixé à six semaines, terme moyen, à deux mois au maximum, à partir de la dernière rechute. Il est à noter que cette estimation correspond sensiblement aux formules de M. Pinard, de MM. Ribemont et Lepage : 30 et 40 jours après la cessation de la fièvre.

« Cette limite de 6 à 8 semaines est-elle toujours suffisante ? Non. Dans les cas où, à un moment quelconque de l'évolution de la phlébite, on aura constaté des signes capables de faire seulement soupçonner une petite embolie, tels que : apparition soudaine de gêne respiratoire, point de côté, frissonnement ou malaise mal défini du côté de la poitrine, dans les cas surtout où l'embolie aura été certaine, nous croyons que la prudence exige une nouvelle période d'immobilisation d'au moins six semaines, à partir du jour de l'accident. Si cette prolongation peut être excessive, la gravité du danger suffit à justifier une prudence même exagérée. Les embolies, en effet, se répètent souvent à intervalles plus ou moins rapprochés et des accidents très peu importants, en apparence, peuvent être les signes avant-coureurs des complications les plus redoutables.

« Le malade, une fois autorisé à se lever, ne devra accomplir cet acte qu'avec les plus grandes précautions et, autant que possible, sa première tentative sera faite sous la surveillance du médecin. Les régions atteintes auront été, au préalable, recouvertes d'un tissu souple et élastique, capable d'exercer une compression modérée et méthodique. Pendant les premiers jours, les mouvements brusques et la flexion exagérée de certaines jointures, telles que la hanche et le genou, seront évités. Enfin, on n'apportera pas trop de hâte à traiter les raideurs péri-articulaires, les amyotrophies et l'œdème persistant.

« Thirial a cité un cas d'embolie mortelle au bout de 3 mois de phlébite. »

Le cœur dans la grippe.

D'après M. le Dr *Saundby* (dans le *Birmingham med. Revue*), les troubles cardiaques dus à la grippe peuvent être fonctionnels ou organiques.

Les troubles fonctionnels consistent en modifications dans le nombre et dans le rythme des pulsations. La bradycardie est plus fréquente que la tachycardie et s'accompagne souvent d'irrégularités, de faux pas. Les conditions physiologiques, la fatigue, le surmenage, les troubles digestifs peuvent faire subir de grandes variations à la pression artérielle. La température est fréquemment au-dessous de la normale. Ces troubles fonctionnels atteignent leur maximum chez la femme. (*Gaz. des Hôpitaux.*)

Dans un second groupe, prennent place les affections organiques caractérisées. La plus com-

---

Il nous faut de l'amour,
N'en fût-il plus au monde !

ils ne sont nullement tentés de donner la réplique et de répondre en chœur, avec un imposant ensemble. La galanterie française n'existe plus ; c'est un mot vide de sens. Bien plus, on a renoncé à faire des enfants, ce qui n'avait pourtant rien de désagréable.

Ces jouvenceaux caducs apportent, dans leurs passions, un laisser-aller et une vulgarité complète, préférant l'assouvissement immédiat et les grossières étreintes des maritornes de brasserie, aux élégances raffinées, à l'atticisme affriolant, qui font le vrai charme du plaisir et en excusent les entraînements, dans une certaine mesure. — Le culte de la beauté, correctif et justification de bien des fredaines, n'a rien à voir avec leur dépravation précoce. Celle-ci est d'ailleurs soigneusement entretenue par tout ce qui peut abrutir et détraquer, pornographie outrancière, exhibitions et poses plastiques, dessous suggestifs, publications aphrodisiaques, etc.

Les neveux de Perdican n'aiment plus ; c'est à peine s'ils savent badiner avec l'amour ; cela confine à l'impuissance de certains barbons, qui ont besoin des stimulants les plus énergiques, pour ranimer les anciennes flambées de jeunesse.

Je suppose que c'est cette désagrégation universelle qui a permis aux Anglais de croire qu'ils étaient capables de ne faire de nous qu'une bouchée... à la reine !

— Il me serait facile de m'appesantir plus longuement sur les maux publics et d'accumuler de nouvelles preuves. Sans chercher, ailleurs que dans notre propre corporation, je pourrais dénoncer bien des indices graves. Croyez-vous que le cambriolage de l'hôpital Beaujon et ce qui se passe aux concours de l'internat, ne dénotent pas des fêlures bizarres ?

Mais j'aime mieux jeter un voile discret sur nos propres misères, qu'il est toujours prudent de ne pas ébruiter, ou dont il est préférable de ne pas reparler, lorsque la presse s'en est déjà emparée, pour les exploiter contre notre influence.

Nous avons besoin, en effet, de conserver notre prestige et notre sang-froid, non seulement pour continuer à venir en aide à ceux qui souffrent et veulent vivre, à ceux qui croient encore à la thérapeutique et nous attendent avec espoir, mais encore pour utiliser la médication des maladies de l'âme, pour purifier, panser et atténuer dans la mesure du possible les plaies de mauvaise nature que je viens de signaler.

Les nations sont guérissables comme les individus, surtout lorsqu'elles ne se résignent pas à leur amoindrissement.

Les consultations et les ordonnances n'ont d'ailleurs pas fait défaut : un certain nombre de guérisseurs, après avoir substitué au fer rouge la malice aiguisée de leur plume, ont essayé, par le livre et le théâtre, d'opposer l'asepsie des bons exemples, les révulsifs de la raillerie ou de l'indignation, non seulement à la pourriture parisienne, mais à la poussée de corruption générale. Ils ont cherché à renouveler l'air dans ce milieu délétère, où languissent les anciennes vertus gauloises. Ils ont brûlé du sucre et versé du chlore sur toute cette putréfaction.

Le docteur Lavedan, en particulier, malgré ses dehors de médecin mondain et l'apparente légèreté de son humeur, a su découvrir des lésions graves

mune est, d'après M. Saundby, la dilatation du ventricule gauche, avec insuffisance orificielle, dyspnée, œdème malléolaire, etc. Ces troubles organiques peuvent être la conséquence de troubles fonctionnels. En effet, des modifications persistantes dans l'action des ganglions cardiaques peuvent à la longue réagir sur la fibre musculaire et déterminer probablement une myocardite subaiguë. Si, dans des cas favorables, ces lésions guérissent, il n'en est pas moins certain que, dans d'autres circonstances, elles ne font que précéder la dégénérescence graisseuse. Cliniquement, le cœur dilaté atteint parfois la ligne axillaire antérieure, l'auscultation révèle un souffle d'insuffisance valvulaire, parfois même une accentuation du deuxième bruit pulmonaire. D'après M. Saundby, cette forme atteint presque exclusivement le sexe masculin.

Ces cas sont toujours sérieux, principalement à cause de la tendance aux rechutes.

La méthode Pasteur contre la rage.

Un membre correspondant de l'Académie, le Dr *Lemaistre*, de Limoges, est venu, à la dernière séance de l'Académie, communiquer une observation très intéressante d'un cas de rage chez un enfant de neuf ans qui, traité par la méthode Pasteur, a néanmoins succombé au 36e jour après la morsure. Voici l'histoire clinique en quelques mots : Un enfant de 9 ans se trouvait chez un coiffeur, lorsqu'il fut mordu par un chien que l'on avait toutes les raisons de croire enragé ; immédiatement, le coiffeur versa de l'alcool sur la plaie, puis l'enfant fut conduit chez un pharmacien, où sa plaie fut encore lavée avec une solution de sublimé ; enfin, il fut envoyé à l'Institut Pasteur, où on le soumit au traitement intensif. L'enfant revint à Limoges en apparence complètement guéri. Dans une querelle qu'il eut avec une petite fille, il reçut un pot d'eau sur la figure et, quelques jours après, c'est-à-dire trente-six jours après la morsure, cet enfant présenta les symptômes de la rage et succomba en quatre jours.

Sans incriminer positivement le traitement intensif de l'Institut Pasteur, sans même insister autrement sur son inefficacité, dans ce cas particulier, M. Lemaistre émet quelques doutes ; il accepte que le chien était bien enragé, il admet à la rigueur que les lotions antiseptiques, qui ont été pratiquées immédiatement, aient pu retarder l'évolution de la rage ; mais il n'en reste pas moins évident pour lui que, s'il n'a pas été nuisible, le traitement pastorien s'est au moins montré inefficace.

En présence de ces graves insinuations, M. *Nocard* prit la parole pour défendre la méthode pastorienne : « Je rappellerai, dit-il, que la mortalité a diminué de 95 % depuis l'application du traitement de Pasteur, seul traitement vraiment efficace. Certes, il n'est pas infaillible ; il y a encore, de loin en loin, des décès ; mais quel est le traitement, si efficace soit-il, qui réussisse absolument dans tous les cas.

« On a remarqué que les cas de rage, malgré le traitement, survenaient soit chez les individus qui ont une tare nerveuse, soit encore chez les individus qui s'exposent au froid, comme nous avons pu le constater chez quelques douaniers, qui avaient repris leur service après la fin du traitement. Depuis que, sur notre demande, les douaniers, traités à l'Institut Pasteur, ne sont plus astreints, dans les mois qui suivent, au service de nuit, nous n'avons plus constaté de mort chez eux.

« Je rappelle que le malade de M. Lemaistre a

---

sous les épidermes les plus rassurants d'aspect. Derrière les plus belles façades d'honneur et d'austérité, son scalpel a rencontré des simagrées conventionnelles, un relâchement universel des mœurs, l'hypocrisie, la vénalité, un contraste odieux entre la valeur représentative de certaines personnalités et leur lamentable médiocrité, le dénûment intellectuel et moral des privilégiés de la naissance et de la fortune, etc., etc.

Sa pathologie descriptive dérive des Spartiates, qui exhibaient des ivrognes pour inspirer le dégoût de l'ivrognerie. Ses procédés opératoires, tout à fait *nouveau jeu*, ont non seulement pour but de garantir les organismes sains, d'inspirer la répulsion et l'effroi pour les accidents contagieux du voisin, mais encore de relever les fêtards, de les soutenir dans leurs défaillances, de les pousser dans la voie de la régénération.

Mais, hélas, ces fantoches sont peu susceptibles de se réformer et de guérir ; il sera bien difficile de les empêcher de périr de leurs misères et de les conduire jusqu'à la convalescence.

Soit qu'il ait manqué d'énergie ou de conviction, notre académique Hippocrate n'est parvenu jusqu'ici qu'à faire rire ses malades, devant l'attristant spectacle de leur propre dissolution. Ils n'ont pas su ou pas voulu se reconnaître, et, par suite, n'ont pas modifié leur régime moral, n'ont pas bénéficié de la douche, qu'on avait tenté de leur administrer.

Pouvons-nous espérer être plus heureux, avoir des recettes plus efficaces ? Le professeur Debove nous l'a fait espérer, en terminant ainsi qu'il suit, devant un auditoire d'étudiants, une de ses leçons sur le fléau de l'alcoolisme : « Vous serez médecins, vous vous répandrez par toute la France, vous agirez sur la santé publique et même sur la santé morale, par vos prescriptions et vos conseils. Si vous êtes bien convaincus des dangers que je me suis efforcé de vous montrer, si vous prêchez la sobriété par vos paroles et par vos actes, vous pouvez contribuer puissamment à changer l'opinion publique et à sauver ce pays, auquel l'alcoolisme fait courir le plus grand danger qu'il ait jamais couru. »

Je souhaite ardemment que cet horoscope puisse se réaliser, que les médecins, par la parole, par l'exemple, par la droiture de leur vie, la correction de leur attitude, l'indépendance de leur pensée et de leurs allures, parviennent à conjurer le mal et à triompher de tous les germes de déchéance qui nous menacent.

Ce faisant, malgré l'ingratitude dont ils sont coutumiers, ils auront encore une fois bien mérité de la patrie.

Mais qu'ils le sachent bien, à d'aussi grands maux, il ne s'agit pas d'opposer de petits remèdes ; il ne s'agit pas surtout d'imiter la conduite de M. Purgon contre l'infortuné Argan, lequel n'était nullement un malade imaginaire, mais un névropathe renforcé, vraiment digne de pitié. Au lieu d'être débilité, il aurait eu besoin de fortifiants et de suralimentation. Nos contemporains réclament aussi des élixirs d'une énergie exceptionnelle, capables de les raffermir, de les retremper, de rendre un peu de tonicité à leur civisme, plus qu'anémié et à leur personnalité déliquescente !

Dr Grellety (de Vichy).

---

reçu un pot d'eau froide sur la figure, quelque temps après le traitement. Je ne dis pas que ce soit là une cause suffisante ; c'est une coïncidence que je relève.

« Le fait de M. Lemaistre montre, en outre, que la désinfection d'une plaie, même faite immédiatement après la morsure, ne suffit pas à mettre à l'abri de l'inoculation rabique ; elle donne seulement une fausse sécurité. C'est pourquoi les mesures de désinfection et de cautérisation locales ne sont pas recommandées dans le règlement d'administration publique sur la rage.

« Il m'est permis de dire que l'excellence du traitement pastorien s'est imposée actuellement à l'Univers. Tous les pays, où la rage existe, ont institué des Instituts Pasteur antirabiques, et l'Allemagne elle-même qui s'est montrée, au début, si récalcitrante, a fini par suivre. Je puis donc parler actuellement de *consensus* universel. »

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

Intoxication par l'Emulsion glycérinée d'iodoforme.

On emploie fréquemment les injections de glycérine, iodoformée, dans le traitement conservateur de la tuberculose locale. Les accidents d'intoxication, qu'on observe, en pareil cas, se divisent en deux grands groupes :

1° Ceux, qui se manifestent peu de temps après l'injection ; ce sont les plus nombreux.

2° Ceux, qui apparaissent seulement deux ou quatre jours après l'intervention thérapeutique.

1° Parmi les premiers, on distingue des formes légères et des formes graves. — Celles-là s'accusent par une élévation de température (38-39°) et une accélération du pouls. L'urine est concentrée ; elle renferme un dépôt abondant d'urates, et de l'urobiline, qui donne quelquefois au liquide une teinte rougeâtre. Rarement, il y a des traces d'albumine ; l'iode y est en quantité minime. — Dans les formes graves la température dépasse souvent 39° ; il y a des symptômes généraux, frissons, rougeur de la face, sensations de soif et de fatigue. L'urine est concentrée, de coloration rouge foncée, due en partie à de l'urobiline, en partie à de l'hémoglobine ou de la méthémoglobine. La quantité d'albumine est proportionnelle au degré de coloration, On trouve beaucoup de cylindres hyalins. Ces symptômes disparaissent au bout de 2 ou 3 jours.

2° Dans les intoxications tardives on note aussi des cas graves et des cas légers. Dans ceux-ci, le malade se sent fatigué 3 ou 4 jours après l'injection ; il perd l'appétit, a une soif vive. La température monte à 38°, les urines sont toujours albumineuses ; elles sont émises en quantité normale ; leur coloration est claire, leur densité plutôt inférieure à la normale. Il y a 0,005 à 0,05 cent d'albumine p. cent, et l'albuminurie dure souvent plusieurs semaines. Les urines renferment toujours une assez grande proportion d'iode.

Quand l'intoxication prend une allure grave, ce sont les symptômes généraux qui dominent. Il y a souvent perte de connaissance, des vomissements continuels, de l'anorexie, une soif intense, du catarrhe des conjonctives et de la muqueuse nasale, du ptyalisme, de la pâleur de la face, et des crampes musculaires. Les urines renferment toujours de l'albumine et de l'iode. La mort peut survenir au bout d'une ou deux semaines.

Frappés de la fréquence de ces accidents, *Frommer et Paneck* (*Wien. Med. Woch.*, 1900, n° 17) cherchèrent à en élucider les causes. Les injections étaient faites avec de l'émulsion iodoformée stérilisée ; ces auteurs pensèrent qu'il fallait attribuer l'intoxication à des altérations chimiques de l'émulsion pendant sa stérilisation. Celle-ci, le mélange effectué, était réalisée soit en une fois, au moyen de la vapeur d'eau, soit par la méthode discontinue de Tyndall.

Après s'être assurés de la pureté chimique de l'iodoforme et la glycérine, Frommer et Paneck préparèrent une émulsion dans les proportions de 1 à 10 ; le mélange fut mis dans un récipient fermé, à l'étuve à vapeur d'eau, pendant une heure, afin d'obtenir le maximum d'altérations. Après cette manipulation le mélange avait une coloration jaune-orange, et avait une odeur d'iode. Dans la filtration se trouvaient de l'iode libre et de l'iodoforme ; après avoir éliminé complètement ces deux produits par un procédé chimique, la glycérine donnait encore la réaction de l'iode, ce qui dénotait la présence d'une combinaison organique de ce métal ; ce qui fut d'ailleurs vérifié par la chimie.

Quand la stérilisation était faite dans un récipient ouvert, et pendant 15 à 30 minutes seulement, la filtration avait une coloration légèrement jaunâtre ; il renfermait de l'iode libre, mais non pas les combinaisons iodées précédentes.

Les altérations du mélange devenaient plus évidentes, si on l'analysait quelques jours après la stérilisation, ou si on avait employé le procédé de Tyndall.

Ces produits d'altérations sont résorbés facilement et sont nuisibles à l'organisme, ils sont vraisemblablement la cause principale des symptômes d'intoxication.

Par suite de ces considérations, les auteurs essayèrent des injections avec une émulsion *non* stérilisée. Les résultats obtenus furent très satisfaisants. Comme accidents ils ne notèrent qu'une légère élévation de la température pendant le 1er ou le 2e jour. L'urine ne présenta jamais d'altérations notables. Quelques heures après l'injection, elle était un peu concentrée, teintée par l'urobiline, avec un dépôt d'urates. L'iode s'y trouvait en assez grande quantité, et il mettait ordinairement 2 ou 3 semaines à s'éliminer. Jamais on ne trouva d'albumine, pas plus que de dérivés des pigments sanguins. Qui plus est, jamais on ne nota chez des malades ayant des altérations rénales, d'aggravation de leur état.

Frommer et Paneck pensent que dans le premier groupe d'accidents (ceux qui apparaissent aussitôt après l'injection stérilisée ou non), qui, dans les formes légères se traduisent par une légère élévation de la température, dans les formes graves par une destruction globulaire et de l'albuminurie, il faut incriminer la glycérine et ses dérivés.

Quant aux accidents toxiques tardifs, que les auteurs n'observèrent jamais avec les émulsions non stérilisées, il faudait incriminer l'iode, soit libre, soit combiné.

On emploiera donc toujours des émulsions d'iodoforme non stérilisées, conservées dans un flacon foncé. La préparation ne datera que d'une semaine ou deux, car à la longue il pourrait aussi se produire des combinaisons iodées dangereuses. L'infection n'est pas à redouter ; jamais elle n'a été observée.

L'hydrothérapie dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

L'hydrothérapie peut être utilisée dans un but prophylactique et thérapeutique contre la tuberculose. Pour permettre au bacille de Koch de se développer dans un organisme, il faut non seulement l'inoculation, mais encore la prédisposition de cet organisme. Les troubles de l'innervation et de la circulation, ainsi que de la nutrition générale, les affections gastro-intestinales, l'anémie, etc., tels sont les principaux facteurs de cette prédisposition.

Toute médication, qui augmentera la résistance de l'organisme, diminuera aussi les chances de l'infection bacillaire. Or, dit *Winternitz* (*Berliner klin. Woch.*) il n'est pas de tonique plus efficace que l'eau.

La clinique et l'expérimentation ont, en effet, démontré depuis longtemps que l'usage habituel de l'eau froide était le moyen le plus rapide pour améliorer la nutrition et la circulation, pour augmenter la force musculaire, et pour fortifier le système nerveux.

Cette méthode, combinée à un régime approprié, à un séjour dans une atmosphère pure, permet d'obtenir quelquefois une métamorphose régressive chez les tuberculeux ou les candidats à la bacillose.

Et tout d'abord, l'usage de l'eau froide évite à ces personnes l'influence si funeste des refroidissements, diminue leur tendance aux affections catarrhales, en provoquant une gymnastique méthodique des vaso-moteurs, et des extrémités nerveuses périphériques. Toutes les fonctions sont tonifiées ; le poids du corps augmente.

Mais l'hydrothérapie a encore une influence bienfaisante sur les processus locaux des phthisiques. En effet, elle lutte contre les phénomènes de stase sanguine dans les poumons, elle améliore les échanges nutritifs des parties malades, en acquérant une hypérémie active ou collatérale de ces régions, en tonifiant les vaisseaux et les tissus, ce qui permet aussi à la circulation de se faire dans de meilleures conditions.

Elle a également une influence bienfaisante sur les hémoptysies, les sueurs nocturnes, la fièvre hectique. Comme preuve de ces faits, Windernitz cite le cas d'un médecin suédois Aberg, qui, atteint lui-même de tuberculose pulmonaire, s'est traité par l'eau froide. Il a d'ailleurs consigné les résultats d'une expérience personnelle de 22 ans dans une brochure intitulée : « De la Curabilité de la Phthisie pulmonaire » (1890).

Aberg n'avait pu par aucun moyen arrêter les hémoptysies répétées, la fièvre hectique et les sueurs nocturnes, qui le tourmentaient, lorsqu'il eut l'idée de faire des affusions froides et des douches. Ces procédés ne lui réussirent que lorsqu'il employa de l'eau très froide, refroidie même avec de la glace. Il parvint à se guérir de la sorte, et dans la suite, il commença peu à peu à employer cette méthode pour ses malades tuberculeux.

Dans une période préparatoire, il fait des lavages partiels du corps avec de l'eau à 0° ; puis ce sont des affusions et lavages totaux avec de l'eau à 0° qu'il répète une ou deux fois par jour. Enfin il donne des bains entiers avec de l'eau de 7° à 13° au maximum.

Aberg ne connaît aucune contre-indication à sa méthode, qui guérit les cas encore curables, améliore les incurables, et procure au malade désespéré un espoir de guérison.

Le procédé de Winternitz diffère peu du précédent ; il emploie de l'eau aussi froide que possible et facilite la réaction par des excitations mécaniques et chimiques. Il prescrit donc des lavages, des frictions, des affusions, des douches, ou des bains entiers, et en outre des enveloppements excitants sur les parties malades, qu'il s'agisse de catarrhe on d'infiltration spécifique, pour amener une hypéremie active et une fluxion des organes malades.

Winternitz et Gärtner ont construit un appareil, qui, sans installation d'eau spéciale, permet de donner des douches en pluie locales, sous une pression égale et régulière jusqu'à la dernière goutte d'eau. Il se compose d'un cylindre rempli d'eau, auquel est relié un récipient, renfermant de l'acide carbonique liquide ; un robinet placé sur le tuyau de jonction permet de régler la pression exercée par l'acide sur l'eau. Au cylindre d'eau est adapté un système à douches. Cet appareil est très utile, car il est de petit volume et par conséquent transportable. Il est à remarquer que l'acide carbonique ne fournit pas seulement la pression, mais encore sature l'eau et la douche ; il fournit, par son mélange avec le liquide, une sensation agréable à la peau, et diminue l'impression, quelquefois désagréable, de l'eau froide.

Winternitz a expérimenté l'hydrothérapie dans 400 cas, et cela dans l'espace de 30 ans ; voici les résultats qu'il a obtenus :

Dans 80 p.cent des cas chroniques apyrétiques, arrêts du processus morbide, ou guérisons relatives avec augmentation du poids du corps.

Dans 32 cas p. cent de phthisie aiguë, arrêts plus ou moins longs, ou guérisons relatives.

Dans les cas incurables, soulagement subjectif ; les malades acquéraient un espoir nouveau de guérison, ce qui est de première importance, au point de vue humanitaire.

Des complications de la vaccine.

Le Dr *Finkelnburg* (*Centralblatt f. allgem. Gesundheitspflege*, 1899, p. 357) passe en revue tous les accidents qui peuvent compliquer la vaccine. On ne peut nier que parfois la méthode Jennerienne expose à de fâcheux incidents, mais ceux-ci sont, en somme, exceptionnels, et une hygiène prophylactique rigoureuse arrivera probablement à nous en débarrasser d'une façon complète. L'auteur divise ainsi les accidents imputables à la vaccine : 1° les processus aigus locaux limités au point d'inoculation ; 2° les processus aigus continués dans les parties les plus voisines ; 3° la détermination cutanée généralisée ; 4° les maladies générales dues à la vaccine.

Dans la première catégorie rentrent les phé-

nomènes réactionnels, locaux et généraux, qui se produisent d'une façon excessive, cette exagération semblant due à une susceptibilité individuelle exagérée, et aussi, suivant Koch, à une concentration anormale de la lymphe vaccinale. Landmann avait incriminé une infection secondaire par les staphylocoques. Mais la commission sanitaire de Berlin (1896) a rejeté cette hypothèse, parce que la vaccine ne renferme ni streptocoques, ni staphylocoques. L'ulcération au point inoculé, ne se rencontre guère que chez les cachectiques inoculés de bras à bras; il s'agit ici, probablement, d'une affection septique, due à ce que la lymphe vaccinale contient les microorganismes du pus. La gangrène, absolument exceptionnelle, ne se montre guère, suivant Immerman, que chez les enfants trouvés arrivés au dernier degré de la misère physiologique ; le pronostic serait presque toujours mortel, mais la gangrène ne se rencontre guère qu'une fois sur 2 millions de vaccinations.

Dans la deuxième catégorie se trouvent ces érythèmes, qui, partant du point vacciné, s'étendent sur tout le bras et les eczémas aigus, qui offrent la même localisation. Les phlegmons, les lymphangites, les phlébites, les suppurations des ganglions axillaires, résultent d'une infection septique concomitante de la vaccine, mais ils sont assez rares.

La troisième catégorie renferme des dermatoses multiples, que Finkelnburg classe de la façon suivante : *a*) Eruptions post-vaccinales à type de roséole, d'urticaire, d'érythème exsudatif vésiculeux ou pemphigoïde : *b*) Eruptions vaccinales généralisées par auto-intoxication ; *c*) Eczémas généralisés résultant d'une disposition scrofuleuse du sujet ; *d*) Eruption syphilitique chez un sujet atteint de syphilis héréditaire; *e*) transmission par inoculation de certaines dermatoses infectieuses, telle que impétigo contagieux, herpès parasitaires, etc.

La première variété de ces éruptions cutanées généralisées, vient d'être étudiée par Behrend, qui les compare aux éruptions d'origine médicamenteuse. La deuxième variété peut atteindre des proportions fantastiques, puisque Fürsta compté plus de cinq cents pustules vaccinales chez un sujet, et que Padieu en a observé plus de deux cents sur la tête d'un de ses clients. La troisième variété, ou eczéma chez les scrofuleux, réveillé par la vaccine, est étudiée par Nagel et Meynreyer. Il est à remarquer à ce propos que les maladies de peau anciennes peuvent être aggravées par la vaccination.

La quatrième variété est très importante en ce sens qu'elle peut être prise pour la syphilis acquise. Mais les éruptions de la syphilis héréditaire réveillées par la vaccine, s'en distinguent par l'absence de chancre infectant, et par la rapidité d'apparition des manifestations cutanées.

La quatrième catégorie, comprend entre autres, l'érysipèle, dont on peut observer deux variétés : l'une précoce, et qui semble due à une injection pyohémique de la lymphe ; l'autre, tardive, survenant au bout de huit à dix-huit jours seulement et qui semble produite par une infection secondaire d'origine cutanée, mais qui n'a rien de spécial au point de vue symptomatique.

La syphilis vaccinale était assez fréquente avant l'introduction de la vaccine animale ; néanmoins elle peut persister, même encore avec cette dernière, si la lancette a été contaminée par les plaques muqueuses de la bouche, comme dans le cas de Kussmaul.

La tuberculose a été parfois considérée comme transmise par la vaccination, mais cette opinion est peu probable ; jusqu'ici, on n'a jamais retrouvé de bacille tuberculeux dans la lymphe vaccinale, que celle-ci soit prise sur l'animal ou sur l'homme.

La lèpre a été communiquée une fois par la vaccine, suivant Gaerdner. Il s'agit d'un enfant qui, inoculé de bras à bras, avec la lymphe vaccinale recueillie chez un enfant lépreux, présenta au bout de peu de temps tous les symptômes de cette terrible affection.

La diathèse hémorrhagique, quand elle est infectieuse, peut se transmettre par la vaccine. Le tétanos, quand la lancette est souillée, par exemple quand elle est tombée à terre, peut s'inoculer de la même façon.

L'hygiène prophylactique doit comprendre les deux points suivants : 1° se servir d'une lymphe vaccinale irréprochable ; 2° éviter les infections secondaires.

Pour réaliser le premier point, la lymphe animale doit être conservée dans un milieu approprié, et dans des tubes rigoureusement stérilisés. Le deuxième desideratum, un peu plus difficile à atteindre, comprendra les points suivants : *a*) emploi systématique d'instruments vaccinateurs soigneusement désinfectés à l'étuve, et ne servant, par exemple, qu'une fois. Lindenborn a inventé une lancette en platine iridié, qui se chauffe au rouge en cinq secondes et se refroidit en huit secondes ; de telle sorte qu'on peut la désinfecter chaque fois, sans perte de temps appréciable ; *b*) désinfection rigoureuse du champ opératoire, pour éviter les infections d'origine cutanée ; on se servira dans ce but d'eau chaude, de savon, d'alcool, de sublimé ; *c*) protection, principalement au moment de l'apparition de la pustule, de la peau à l'aide d'un emplâtre antiseptique ou du collodion. Ceci se justifie, puisqu'on sait que les microbes du pus contiennent souvent les pustules vaccinales et gagnent de proche en proche.

En outre, on évitera la vaccination chez les sujets atteints de scrofule, ou de rachitisme avéré d'athrepsie, etc., à moins de foyer varioleux dans le voisinage.

Valeur clinique des cylindres urinaires.

M. *Kohler* (*Wien. Med. Woch.*, 31 mars) étudie la valeur clinique des cylindres urinaires à propos d'un cas de gastro-entérite suraiguë, suivie d'anurie, d'albuminurie avec cylindres urinaires abondants. Dans la suite le malade guérit complètement et rapidement des symptômes rénaux. Kohler donne d'autres cas analogues, et fait remarquer que les cylindres, même granuleux, peuvent être très abondants dans l'urine, sans que les troubles des éléments du rein soient irréparables.

Dans certains cas de constipation opiniâtre, accompagnée de coliques douloureuses, on voit l'urine non albumineuse renfermer un sediment de cylindres hyalins, de cylindroïdes, de nombreux globules blancs, de quelques globules rouges, et d'épithélium du rein. On pourrait donc être tenté de croire à tort à une néphrite, dans

certains cas de constipation douloureuse, accompagnée de cylindrurie. Le pronostic est plus bénin, et il s'agit d'un trouble passager.

Remarques sur les Idiosyncrasies mercurielles.

Injections de salicylate de mercure. — Un malade du Dr *Stark* avait déjà subi, et supporté sans inconvénients, une cure d'injections faite avec un sel de mercure insoluble. On commença des injections au salicylate de mercure ; après chacune d'elles, le patient éprouvait des douleurs d'estomac, des vomissements, si bien qu'on dut interrompre ce traitement. On remplaça alors le salicylate de mercure par le calomel ; ce sel fut bien supporté. Stark croit pouvoir imputer les phénomènes morbides, non au mercure, mais à l'acide salicylique.

A ce propos, l'auteur fait remarquer que, en pratiquant 250 injections intra-musculaires avec un sel de mercure insoluble, il a observé 2 embolies pulmonaires. Ces 2 accidents s'étaient produits au cours des 130 premières injections. Depuis cette époque il emploie la méthode de Lesser ; celle-ci consiste à enfoncer d'abord l'aiguille, pour voir s'il en sort du sang. Dans ce cas, il la retire et l'enfonce à un autre endroit. (*Monatsh. f. Praktische, Dermatologie*, 1900, n° 5.)

Préparations mercurielles. — Un syphilitique traité par le Dr *Schulze* avait eu un exanthème hydrargyrique à la suite de l'application de poudre de calomel sur son chancre. Cet accident avait disparu avec la cessation du calomel, mais reparut après une friction, faite avec 1 gr. d'onguent gris. Le patient ne supportait pas non plus les injections de sublimé. L'exanthème reparut aussi après l'absorption d'une pilule de tannate de mercure à 0,1 décigr. Le Dr Schulze eut alors l'idée d'administrer ce sel à doses petites, mais froissantes. Il commença par des pilules à 0,01 centigr. et monta jusqu'à 0,10 centigr. L'effet en fut merveilleux ; le patient supporta jusqu'à 0,30 centigr. par jour, sans exanthème.

On peut conclure de ce fait que, lorsqu'un syphilitique semble avoir une idiosyncrasie vis-à-vis du mercure, on peut faire disparaître rapidement les symptômes morbides par l'emploi de la méthode précitée. (*Monatshefte f. Praktische, Dermatologie*, n° 5, 1900.)

Traitement de la syphilis en général, et en particulier du tabes post-syphilitique.

Le Dr *Tschieriew* (*Dermatolog. Zeitschrift*, février 1900, II. 1) est arrivé, par ses observations, à se convaincre que l'infection syphilitique était une maladie constitutionnelle, ne pouvant par conséquent jamais être guérie.

Quand elle n'est pas traitée d'une façon très énergique, il se produit après 20 ou 30 ans une maladie du système circulatoire, ou du système nerveux central, qui n'est justiciable que du traitement spécifique.

Quant à ce traitement spécifique des maladies nerveuses, il préconise le traitement mixte par l'iode et le mercure. Comme préparations mercurielles, il emploie les frictions ou les injections de sublimé. Les frictions doivent être faites avec de l'onguent gris, et précédées de bains chauds quotidiens. Après une cure semblable de 5 à 6 semaines, il en vient seulement à l'iode.

L'auteur a retrouvé des antécédents spécifiques chez tous les gens, atteints de maladies nerveuses, ordinairement post-syphilitiques. Il attribue ce fait à un traitement resté insuffisant, et à des abus alcooliques. Les altérations cellulaires, qu'on observe en pareil cas dans la moelle, sont des phénomènes syphilitiques, car elles ne sont justiciables que d'un traitement spécifique au mercure. En instituant ainsi une médication antisyphilitique énergique, il cherche à soutenir les éléments nerveux altérés, et à diminuer le plus possible les douleurs lancinantes. Il donne donc, dans le tabes, des douches latérales, d'après la méthode de Charcot; il électrise la moelle lombaire et dorsale avec des courants continus, et applique à l'appareil uro-génital des courants faradiques ou de l'électricité statique. En outre, il met, tous les 10 ou 15 jours, des pointes de feu le long de la colonne vertébrale. Quand le centre lombaire de l'appareil génito-urinaire, le centre de l'érection, et de la défécation, sont particulièrement atteints, il donne des pilules de nitrate de strychnine, à la dose de 0,002 milligr. par jour.

Contre les douleurs lancinantes, il fait des injections d'un mélange de morphine et d'atropine. Avec ce traitement Tschieriew a souvent obtenu de grandes améliorations, mais jamais de guérison complète.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Hommage à MM. les docteurs Cézilly et Gassot.

NEUVIÈME LISTE DE LA SOUSCRIPTION

MM. les docteurs Lombard, de Terrasson (Dordogne) ; Petitclerc, de Rouen (Seine-Inférieure) ; Voinot pere, de Vroncourt (Meurthe-et-Moselle) ; Voinot fils, de Haroué (Meurthe-et-Moselle) ; Arnaud, de la Rochette (Savoie) ; Persillard, de Saint-Benoist sur-Loire (Loiret) ; Delporte, de Beton-Bazoches (Seine-et-Marne) ; Gaudin, de Rumilly (Haute-Savoie) ; Syndicat de Neufchâtel-en-Bray (Seine-Inférieure) ; Calbet, de Chatou (Seine-et-Oise) ; Syndicat médical de Lille (Nord).

Total des sommes reçues à ce jour : **2.098** *francs*.

L'automobilisme médical.

VOITURES ET VOITURETTES.

La question de l'automobile, pour les médecins, me paraît admise en principe, sinon en fait, et je crois que tous, à l'heure actuelle sont persuadés que ce véhicule souple, docile et patient est destiné à devenir, dans un délai plus ou moins court, le véhicule de choix d'un praticien de la campagne et de la ville.

Quelques points, cependant, restent en litige, qui ont fait, ici même, l'objet de plusieurs articles ; chacun concluant de façon différente, serait-il possible de mettre les choses au point et de concilier les adversaires ? Je voudrais essayer de mettre d'accord les partisans des *voitures* et ceux des *voiturettes*, ceux qui considèrent l'au-

tomobile comme *économique* et ceux qui le trouvent *trop cher*.

Tout d'abord, ô vous, confrère, auquel *un* cheval suffit et qui vous souciez peu de la vitesse, si vous avez un cocher habile et consciencieux, un cheval paisible, gardez, ô philosophe, cet équipage antique et ne vous lancez pas dans le teuf-teuf ; vous aurez, au début, trop de déboires et ne ferez pas d'économie notable.

Pour tous ceux, au contraire, qui fatiguent 2 chevaux et plus, et c'est la majorité en province, pour ceux-là, une fois passés les ennuis et les *pannes* du début, luira l'ère bénie des courses vivement et *économiquement* faites.

Entendons-nous bien, et d'abord pénétrons-nous de deux axiômes, très importants et que cet adverbe, souligné plus haut, me force à vous émettre de suite :

1° Il faut mettre soi-même la main à la machine, dès le début, et plus tard, surveiller de près son domestique, même s'il est parfaitement stylé et rompu au mécanisme.

2° Plus un moteur est puissant, plus il revient cher, tant pour la dépense journalière d'essence, que par les réparations qu'il nécessite.

Examinons de près ces deux points :

Dès l'abord, il semble effrayant de se dire : « Me voilà condamné à me noyer chaque jour dans l'huile, à m'inonder de graisse et de cambouis. » Au fond, cela se réduit à peu de chose, et le fait d'ouvrir et de fermer un graisseur, de vérifier un trembleur et une bougie d'allumage, si vous avez l'allumage électrique, ou un brûleur, dans le cas contraire, n'a rien, je vous assure, de bien pénible et de bien répugnant et c'est là tout ce qu'il faut faire chaque jour, car je suppose bien que vous pouvez laisser à votre domestique, quel qu'il soit, le soin de laver la partie « carrosserie » de votre machine. D'ailleurs je ne vous donne pas 15 jours pour devenir très fanatique et pour démonter les pièces nécessaires avec le brio et l'entrain — sinon l'habileté — d'un vieux mécanicien. Vous pourrez remplacer votre cocher, qui vous vole peut-être, par un gamin de 18 ans qui, s'il est attentif et débrouillard, vous fera, en quelques mois, un semi-mécanicien très suffisant.

Voici maintenant le point en litige : le choix du véhicule. Nos confrères, qui ont traité précédemment la question, me semblent bien sévères pour les voiturettes et un peu partiaux pour les grosses voitures. Il faut bien se dire, d'abord, qu'un moteur de 6 ou 8 chevaux dépense *beaucoup* d'essence ; ce qui est à considérer ; puis, outre le prix élevé des machines de cette puissance, celles-ci nécessitent, de plus, des réparations parfois coûteuses (je sais telles pièces des engrenages Panhard, qui valent 250 à 300 fr. et qu'il faut remplacer pour une dent cassée). Pour mon compte, j'ai débuté, dans la carrière de chauffeur, par une lourde Panhard de six chevaux, très robuste, montant bien les côtes, mais dévorant énormément d'essence et fort encombrante dans les chemins de traverse. J'ai trouvé à la bien vendre et j'ai acheté, tout modestement, une voiturette légère munie d'un moteur de 2 chevaux 1/4. Il y a 6 mois que je l'ai, je n'ai jamais eu de pannes sérieuses et je passe partout. La dépense d'essence est de 0.03 centimes du kilomètre, les réparations insignifiantes et les pièces de rechange faciles à trouver partout. Je l'ai munie d'une capote qui me met à l'abri aussi bien que dans un cabriolet, à condition de diminuer légèrement la vitesse. J'ai passé tout l'hiver avec cette machinette, ayant eu des mois très chargés et dans un pays plutôt accidenté. C'est dire qu'elle a fait ses preuves.

Faut-il en conclure que je vous conseille ce modèle ? Non, à moins d'habiter un pays plat et d'avoir des tournées modestes, car le défaut de ce moteur est que, ne possédant pas de refroidissement d'eau, il aurait tendance à *chauffer* un peu. Pour moi, après ces deux expériences, le desideratum du médecin est celui-ci : voiturette de 3 à 5 chevaux, robuste et bien *tassée*, munie d'un bon système de refroidissement d'eau — sans pompe — pouvant faire une moyenne de 25 km. à l'heure (c'est-à-dire 35 à 40 à plat). Il en est, et j'en sais plusieurs modèles excellents, construits avec des moteurs connus et éprouvés, c'est là le point principal et pourvus de systèmes de transmissions ingénieux. C'est dans ce genre qu'il faut chercher.

Pour terminer, je me permets d'emprunter à l'ouvrage de M. Baudry de Saunier (L'automobile théorique et pratique) la conclusion de cet article :

« Je vous conseillerai, enfin, si vous ne désirez pas de longs voyages, avalés à grandes allures, mais un service constant... d'éviter les *gros moteurs*. Les voitures, qu'ils forcent les carrossiers à établir, sont toujours peu maniables dans les villes. Elles présentent parfois d'assez sérieuses difficultés de mise en marche et sont capables d'efforts et de vitesses complètement disproportionnés avec le petit travail régulier que vous leur demandez. »

Je vous laisse, chers confrères et lecteurs, sur cette réflexion de l'auteur le plus autorisé qui soit ès choses automobiles et vous souhaite de vous convertir à l'automobile, assuré que vous y gagnerez ces deux choses si chères et si nécessaires aux médecins : du temps et de l'argent.

Dr Devoir,
Villeneuve-sur-Yonne.

L'encombrement médical.

Nombreux déjà sont les moyens signalés par nos confrères, pour lutter contre l'encombrement médical. La commission instituée par le Concours devra dire jusqu'à quel point ils sont admissibles, praticables ; elle aura de plus à se préoccuper de la façon de réaliser les idées suggérées et reconnues *bonnes*. Je crois que, sur ce dernier point, elle rencontrera de grosses difficultés, parce beaucoup des mesures proposées ne peuvent résulter de la seule initiative du corps médical, et conduisent à de difficiles révolutions dans les lois ou dans les mœurs, révolutions qu'il est presque impossible de tenter sans l'appui de toutes nos Providences, Etat, parlement, pouvoirs publics de tous les degrés. C'est côtoyer un peu le domaine des chimères ; ou, du moins, c'est renvoyer à une époque dangereusement lointaine (celle où le mal aura produit ses effets) la mise en œuvre d'une thérapeutique efficace.

Il me semble que plus nous serons maîtres chez nous, en poursuivant la tâche, plus nous aurons chance de réussir et de réussir vite.

Or, que pouvons-nous faire nous-mêmes sans réclamer le secours de personne? C'est ce que je voudrais exposer aujourd'hui.

Livrons-nous d'abord à quelques constatations que je ne crois pas téméraires, et que, d'ailleurs, nos confrères auront bien le droit de discuter.

1° A mon sens, le diplôme donnant droit d'exercice est délivré à des hommes trop jeunes. J'entends par là, qu'à 25 ans nous sommes bien inexpérimentés pour être lancés du jour au lendemain dans la vie professionnelle du médecin, qui exige les qualités de réserve, de prudence, de jugement, de sang-froid, si rares à ce printemps de notre existence. J'entends aussi que les rêves, les illusions, les ardeurs de ces belles années, prédisposent trop à envisager notre carrière comme une arène, où il faut par tous moyens, permis ou suspects, cueillir des palmes, se distinguer, effacer ses rivaux. J'entends encore, qu'à cet âge, telle ou telle passion, dont nous sommes la proie facile, ne nous permet pas de songer que l'on puisse vivre aux champs, ou bien nous y rejoint, pour provoquer des déraillements, des situations critiques, parfois d'irrémédiables chutes.

2° Il me paraît aussi certain que, d'une façon générale, notre savoir, au bout des cinq années d'études, est insuffisant au point de vue de la pratique. En obstétrique et en gynécologie, en maladies des yeux, du nez, du pharynx, du larynx, de l'oreille, en dermatologie, en syphiligraphie, n'existe-t-il pas, dans le bagage du néo-diplômé, d'incommensurables lacunes? Comment en serait-il autrement, quand on songe que l'enseignement officiel de ces matières spéciales vient à peine de naître ?

Je sais d'ailleurs des jeunes hommes consciencieux, que le sentiment de leur insuffisance devant ces problèmes de tous les jours, empêcha de s'isoler dans de bons postes de campagne, où la pratique exige des notions générales sur tous les points de la pathologie. J'ai surtout été frappé d'entendre, invariablement, cette première question du remplaçant qui nous arrive : « Faites-vous des accouchements, des dents, de la gynécologie, etc? » et du soulagement qu'il éprouve si on lui répond « Non. » J'en suis même venu à croire que, là, est une grande cause de l'entassement dans les villes ; et tous ceux qui savent combien de confrères parisiens se cantonnent encore dans la médecine générale seule (disons pathologie interne pour mieux préciser) ne s'étonnent pas de me voir émettre cette opinion.

Je ne suis du reste ni le premier, ni le seul, à voir les choses sous cet angle, puisque cette année même aura lieu le premier concours pour deux prix d'otologie institués par le Dr Fillioux, médecin de province, qui a voulu qu'un interne et un externe en fussent les lauréats, parce que, à son avis, le praticien doit connaître ces choses spéciales.

Il me serait facile d'apporter bien d'autres arguments en faveur de la thèse que je soutiens, mais je n'en citerai que quelques-uns, laissant à mes confrères le soin d'en faire surgir d'autres par la méditation.

Une de nos missions les plus délicates est celle de venir en aide à la justice en mille affaires délicates : Y sommes-nous vraiment préparés quand nous quittons l'école à 25 ans ? Et le rôle que nous réserve fatalement toute future loi sur l'hygiène publique, peut-il se passer d'un sérieux apprentissage ? Et le titre de médecin ou de chirurgien de l'hôpital d'une petite ville reviendrait-il convenablement à la moyenne de nos jeunes diplômés, si on ne leur donnait pas le temps de se compléter par l'expérience ?

Je n'insiste pas, car personne n'a combattu l'utilité du projet de M. le Dr Dumas, concernant le stage professionnel : on approuvait le point de départ, ou ne contestait que les voies et moyens. L'idée qui le guidait est la même que celle ci-dessus développée. Je crois qu'elle sera trouvée juste.

Si cette concession capitale m'est faite, j'entrerai dans l'exposé des conséquences que nous devons déduire de cet état de choses.

Elles se résument en cette formule : « *Il faut obtenir que le praticien sorte plus tard de l'Ecole, parce que plus instruit.* »

A cet effet, prolongeons les études, améliorons-les autant que nous le pouvons, en ne perdant jamais de vue que les dernières années doivent tendre à la préparation pour la pratique. C'est question de programmes et de règlements scolaires à présenter nous-mêmes, par la voie des Facultés, au signataire du futur décret.

J'entends bien qu'on va m'objecter le développement nécessaire des frais d'enseignement, pour les cours pratiques dont je rêve. Mais pourquoi ne seraient-ils pas aussi payés, qu'obligatoirement suivis, comme tant de bons esprits le réclament ? On aurait ainsi, sans bourse délier, autant de professeurs spécialistes que l'on en pourrait désirer.

D'autres aussi me diront que ces études, déjà nécessaires par leur longueur, le deviendront à l'excès, par le chiffre des leçons à payer. A quoi je réponds que j'utilise sans scrupule ce système protectionniste, certain d'avance qu'il aura toujours un correctif suffisant dans les bourses à délivrer aux sujets, aux étudiants d'élite, aux mieux préparés d'avance que, comme les fils de médecins, la fortune ne prit pas au berceau.

Il me semble que, sans entrer dans plus de détails, là est la voie dans laquelle nous devons surtout marcher, en luttant contre l'encombrement. L'intérêt général s'y trouve d'accord avec notre intérêt corporatif : il veut comme nous la qualité, non la quantité. Tout ce qui sera fait dans ce sens doit être bien accueilli chez nous et autour de nous ; c'est un point important à faire valoir si nous avons des concours à rechercher en dehors du corps médical.

Il va sans dire que ce projet s'accommodera fort bien de telles ou telles mesures déjà proposées pour marcher vers le même but. Concours d'entrée à l'Ecole ou après le P. C. N., concours pour telles branches spéciales d'exercice de la médecine publique, hôpitaux, experts légistes, hygiénistes, etc..., service militaire de deux ans, ou plus, mais dans des fonctions médicales ; je ne m'élève contre aucune de ces idées, et crois fermement qu'on peut les marier pour l'effort commun. C'est là que la commission jouera son rôle. Je n'ai voulu qu'essayer de mettre en lumière une des réformes qui paraissent devoir aboutir, le plus facilement, si, cette fois du moins, nous savons nous entendre pour la mettre au point. Elle fera l'effet d'une douche salutaire sur l'engouement des profanes pour la carrière médicale

dont ils sauraient bien détourner leurs enfants par crainte d'échec et..... par économie.

H. JEANNE.

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Syndicat médical de la Vallée du Rhône

Réunion du 15 mai 1900 à Saint-Rambert-d'Albon (Drôme).

Présents : les confrères Vernay, de Vienne (président), Chalvet, Dagrène, Bonnard, Cuniot, Pangon, Bouvat, Laurent, Fayard, Guillon, Figuet, Fréron, Gras, Staïkoff, Larrivé, Lannois.
Excusés : les confrères Grésillon, Chapuis, Barbier, Vivien, Courjon. Maire.
Le procès verbal de la dernière séance est adopté :
La parole est au Dr Larrivé, vice-président :

DISCOURS PRONONCÉ PAR M. LARRIVÉ, VICE-PRÉSIDENT, A LA RÉUNION DU SYNDICAT MÉDICAL DE LA VALLÉE DU RHONE, LE 15 MAI 1900.

Messieurs,

Aux obsèques de notre regretté confrère La Saigne nous n'avons pas cru devoir prendre la parole pour exprimer à une famille, si subitement et si cruellement frappée, toute la part que nous prenions à sa douleur et à son deuil. Nous nous réservions de le faire à cette réunion, pour ne point sortir du domaine de l'intimité médicale.

Je ne veux pas, Messieurs, vous retracer la vie de notre dévoué Secrétaire... vous le connaissiez et l'aviez tous apprécié. Il était tout pour nous : l'âme de nos réunions, la vitalité de notre Association, le bon conseiller se dévouant sans compter. Nos confrères de Tournon nous ont dit le vide que La Saigne laissait parmi eux : il aidait les jeunes confrères au début de leur carrière médicale et il maintenait entre tous une entente parfaite.

Nous nous souviendrons de ces exemples. En travaillant ensemble à l'œuvre créée par notre secrétaire, en la continuant sur les bases solides qu'il avait établies, nous vénérerons la mémoire de celui qui n'est plus. Si « les amis de Charles La Saigne peuvent le pleurer », ses confrères doivent sincèrement regretter cet homme de bien et de mérite incontesté.

Je suis certain de répondre au vœu de tous les confrères de la Vallée du Rhône en adressant à Madame La Saigne l'expression de nos respectueux compliments de condoléances.

Le syndicat décide que ces paroles seront transmises à Mme La Saigne et au Concours médical. La proposition de disjoindre les fonctions de secrétaire et de trésorier n'est pas adoptée.

Le Docteur Fayard, du Péage, est élu secrétaire-trésorier. La candidature du confrère Feyat de Pont-Evêque, près Vienne, présentée par les confrères Gros et Pangon est adoptée à l'unanimité.

Au nom de Mme La Saigne, le Dr Bonnard remet au nouveau secrétaire-trésorier la caisse du syndicat, soit 1635 fr. 60 en espèces plus 3 obligations foncières à lot.

La prochaine séance aura lieu en novembre à Saint-Rambert. Figureront à l'ordre du jour :
Nomination du bureau pour 1901,
Revision des tarifs du Syndicat, etc.., etc...

Le Secrétaire-trésorier,
Dr FAYARD.

REPORTAGE MEDICAL

Médecins sanitaires maritimes. — Un examen pour l'inscription au tableau des médecins sanitaires maritimes à bord des navires aura lieu, le *mercredi 18 juillet prochain*, au ministère de l'intérieur.
Le programme de l'examen sera envoyé à toute personne qui en fera la demande. Des exemplaires seront également déposés au secrétariat de la faculté de médecine, pour être remis aux intéressés.

Congrès de médecine. — Le *XIIIe Congrès international de médecine* s'annonce comme devant réunir un nombre tout à fait exceptionnel d'adhérents, venus de tous les pays du monde.
Le *Bulletin médical* tient à honneur de donner la plus large publicité aux rapports, communications et discussions de ce Congrès, qui promet d'être particulièrement instructif et intéressant.
En conséquence, il a décidé de faire paraître, chaque matin, du 2 au 9 août inclus, un numéro exceptionnel, qui comprendra au minimum *32 pages de texte* (exclusivement en caractère de 7 et de 8). Le tirage de ces huit numéros sera calculé de façon que tous les Congressistes présents puissent avoir chaque matin, dans les sections, un exemplaire du *Bulletin médical* qui leur donnera le compte-rendu des séances de la veille.
Ces numéros ne seront pas vendus, mais offerts aux membres du Congrès.

La caisse d'assurance des ouvriers en cas de maladie en Allemagne. — On sait que la question d'assurance des ouvriers, contre la maladie, est réglée en Allemagne par une loi. Voici quelques chiffres qui montrent tous les bienfaits. En 1897 il y avait en Allemagne 22.417 caisses d'assurance contre la maladie, avec 8,337.119 participants (sans compter 526.067 membres des caisses d'assurances qui n'entrent pas dans la catégorie des assurances réglées par la loi). Le nombre des jours de maladie s'élevait en 1897 à 51,513.783. Les revenus de la caisse étaient de 167.810.060 marcs (le marc = 1 fr. 25) et les dépenses, 133.939.781 marcs. Pour les dépenses, les maladies ont nécessité 120.487,910 marcs, à savoir comme honoraires aux médecins 26.914.271, pour médicaments et objets de pansements 20.669.812, secours aux malades 51.730.939; journées dans les hôpitaux, frais d'obsèques, etc., 21.142.918 marcs. Le capital de réserve de toutes les caisses a atteint le chiffre de 119.627.754 marcs. En moyenne, chaque participant a subi 0,36 de maladie et 6,18 de chômage. (*Allgem. mediz. Centralzeitung*, 31 janv. 1900.)

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4.516. — M. le docteur STAVAUX, de Salbris (Loir-et-Cher) ; membre de l'Association et du Syndicat du Loir-et-Cher.

N° 4.517. — M. le docteur ISNEL, de Vizille (Isère) ; membre du Syndicat du Sud-Est (Grenoble).

N° 4.518. — M. le docteur JOUVE, de Aramon (Gard) ; membre du Syndicat de Nîmes.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs les décès de MM. les docteurs MASSIN, de Vaucoucourt (Haute-Saône), et MONTI RONI, de Olmi-Capella (Corse).

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 27 7 JUILLET 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Sou médical.

Séance du 21 juin 1900.

Etaient présents : MM. Cézilly, Lepage, Maurat, Gassot, Jeanne, Mignon, Bazot et Me Gatineau, avocat conseil.

Excusés : MM. Le Gendre, de Grissac et Rousseau.

M. le Dr Cézilly, président, donne la parole au secrétaire général.

RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Messieurs,
Suivant notre habitude, j'ouvre d'abord sous vos yeux le carnet des affaires terminées.

Dr B. et Société de Secours mutuels de N. — Après des négociations actives et particulièrement délicates (attendu que la Société adverse était dirigée par un confrère), M. le Dr B., dont nous avons défendu la cause avec vigueur et ténacité, a obtenu satisfaction et vous adresse de chaleureux remerciments.

Dr G. et Société de Secours mutuels de N. — Il s'agissait ici d'une contestation d'honoraires portant sur la somme importante de 1.700 fr. Après avoir été établie et expliquée d'après le tarif Jeanne, la note a enfin reçu le visa du Bureau de la Société et a été intégralement payée.

Dr L. et Société mutuelle d'anciens militaires. — Nous nous sommes trouvés, là, en présence d'un confrère plein d'initiative, de tact et de fermeté. Il a mené son affaire lui-même, en réclamant seulement notre approbation, qui lui fut accordée, et... il a réussi.

Si nous rapprochons ces trois succès de ceux déjà obtenus par MM. les Drs Clisson et Ranson, nous constaterons que les médecins sont bien plus armés qu'ils ne le croient, pour éviter les exactions de la mutualité, et que le plus souvent, il leur suffit de vouloir pour réussir.

Arbitrage entre MM. les Drs A. et P. — En déléguant nos pouvoirs à un de nos zélés délégués du département, nous avons eu la main heureuse. Malgré les difficultés qui l'avaient fait conclure d'abord à l'impossibilité, notre représentant a obtenu plein succès. Il a rendu grand service aux deux intéressés, et a bien mérité du *Sou médical*.

Affaires diverses relatives à la loi sur les accidents. — Cinq confrères ont suivi nos conseils, dans des litiges de ce genre. Faisant application des données publiées au journal, depuis un an, nous avons eu le plaisir de leur procurer gain de cause.

N'oublions pas, à ce sujet, de remercier les dévoués adhérents et amis, qui, dans les deux départements industriels par excellence, Nord et Pas-de-Calais, ont amené les Conseils généraux à adopter le *Tarif du Concours et de la Participation*, comme tarif départemental d'assistance, prévu au 2e paragraphe de l'article 4 de cette loi.

L'importance de ce résultat n'échappera à personne, parce qu'il est désormais facile de le généraliser.

Demande S., veuve d'un membre du Sou. — Nous terminons dignement cet exposé par la résolution que vous venez de prendre, sur présentation du dossier que je vous ai communiqué avant l'ouverture de la séance. La mesure très exceptionnelle qui consiste à venir au secours de pareille infortune en joignant notre obole de 300 fr. à celle que la Société locale a donnée, non moins exceptionnellement, est un acte de nécessité que nous n'aurons pas de peine à faire approuver devant l'Assemblée générale. Et s'il a inspiré à notre cher président et à notre dévoué trésorier, la généreuse pensée qu'ils viennent de nous faire connaître à propos de l'hommage qu'on leur préparait, que le *Sou médical* en soit hautement félicité !

Voilà, Messieurs, notre passé trimestriel : il entre avec bonne figure dans l'histoire de notre Société. Passons à la tâche de demain.

A *M. le Dr P. de C.* (*Rhône*). —Nous donnerons satisfaction par l'envoi du travail de M. le Dr Lande sur les honoraires médicaux légaux. (*Adopté.*)
A *M. le Dr H. de L. M. B.*. nous adressons les renseignements qu'il demande sur une question d'assiette de la patente. (*Adopté.*)

Nous continuerons de suivre les affaires de M. le *Dr L. de P.* (responsabilité médicale) ; Dr *R.* de *N.* (recouvrement d'honoraires.) : Dr *C. de M.* (protection contre un concurrent étranger, exerçant irrégulièrement). Dr *V. de P.* qui se trouve mis par sa Société de Secours mutuels dans le même cas que celui de MM. Ranson et Clisson ; Dr *M. de C.* qui a reçu de Me Gatineau l'avis sollicité au sujet d'une action au civil, en concurrence déloyale ; Dr H. de P. (incapacité de recevoir) qui sera plaidée par notre éloquent conseil judiciaire ; de MM. les Drs M. et M. (assistance gratuite départementale) confiées à la sollicitude de M. G. Rondel. (*Adopté.*)

Nous vous demandons d'approuver les avis donnés, de leur propre initiative, à M. le Dr B. par M. Maurat, à M. le Dr B. par votre secrétaire général, à MM. F. de L, et Dr par Me Gatineau,
(*Approuvé après lecture des consultations fournies*).

Il nous reste maintenant à traiter de deux affaires où l'intérêt général est gravement en jeu.
La *Fraternelle médicale et pharmaceutique*, dont le Concours a déjà parlé, a commencé depuis plusieurs mois à recruter des médecins. Sa mésaventure de Versailles ne l'a pas empêchée de faire des essais ailleurs, notamment à Lille, à Roubaix, à Tourcoing à Bordeaux. De jeunes confrères, dont plusieurs sont membres du Sou médical, se sont laissés aller, malgré nos avertissements de jadis, à mettre leurs signatures au bas de contrats qui ne liaient qu'euxmêmes. Puis, ayant attendu vainement d'hypothétiques clients et réfléchi sur les conséquences de leur adhésion, ils se sont ravisés et ont retiré celle-ci. La Fraternelle répond par des assignations en dommages-intérêts qui seraient très onéreux et semblent injustifiés, parce que nos confrères n'ont pas eu à refuser de soins à des sociétaires qui n'existent pas.
A l'appel des Syndicats du Nord, nous avons répondu: « La Sou médical est avec vous. Mais la tâche vous incombe de recueillir et coordonner les moyens de défense. Quand votre Conseil judiciaire aura formé son dossier, faites-nous le parvenir, et Me Gatineau nous dictera notre conduite. »
Les choses en sont là.

L'autre question qui n'est, à première vue, qu'une contestation d'honoraires, comme nous en avons connu par centaines, tire son importance de la façon dont elle a été jugée par un tribunal. Les considérants sont tellement contraires aux principes légitimes qui nous inspirent en établissant nos notes, que le confrère lésé semble avoir raison en demandant l'appel, dans l'intérêt général. La présence parmi nous d'un voisin de M. le Dr L., qui connaît bien les détails de cet incident, va nous mettre en mesure de prendre une détermination éclairée.
Je tiens à votre disposition tous les documents qui furent communiqués au Conseil judiciaire et au Secrétaire général.

La lecture de ce rapport est suivie d'une discussion fort attentive. Elle amène le Conseil : 1° à promettre tout son appui aux confrères victimes des agissements de la Fraternelle, aux syndicats qui les défendent ; 2° à décider que la Société soutiendra en appel la cause d'intérêt général soulevée par le cas de M. le Dr L.

Situation financière du Sou médical au 30 Juin 1900.

Espèces à la Société générale.....	8.004 fr. 15
Espèces en Caisse..............	637 fr. 35
	8.641 fr. 50

L'ordre du jour épuisé, la séance est levée à 7 heures.

Le Secrétaire des séances,
Dr H. Mignon.

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'Antisepsie des voies respiratoires, par les inhalations de menthol, bromoforme et formaldéhyde. Son application au traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire. Communication faite à l'Académie de médecine.

(*Séance du* 26 *décembre* 1899. *Rapport du Dr Laborde*, 26 *juin* 1900.)

Par le Docteur P. Lacroix, de Paris.

La Tuberculose étant une maladie microbienne, demande un traitement bactéricide.
Atteindre et détruire le bacille tuberculeux, dans les replis de la muqueuse où il s'abrite, faire l'antisepsie des voies respiratoires, en un mot, désinfecter le poumon, les bronches et le larynx, telle est la médication parfaite en théorie, dont il faut chercher à se rapprocher le plus possible en pratique.
Cliniquement, cette désinfection laryngo-pulmonaire est très difficile à réaliser : elle a fait naître bien des médicaments, suggéré de nombreuses méthodes thérapeutiques.
Nous allons passer sommairement en revue, dans ce travail, les grandes routes qui ont été suivies pour attaquer le bacille de Koch et nous montrerons, alors, de quelle façon, nous proposons, à notre tour, de lutter contre ses ravages.

* * *

Pour faire parvenir les agents microbicides jusqu'à l'appareil respiratoire, le médecin peut s'adresser à trois voies d'absorption bien distinctes :
1° La voie stomaco-intestinale, sous forme de potion, pilules, cachets ou capsules. C'est une méthode d'emploi particulièrement facile. Par contre, elle n'a guère que ce seul avantage, car elle n'est ni absolument rationnelle, ni surtout convenablement supportée. Quelle que soit la préparation pharmaceutique choisie, en effet, elle agit toujours aux dépens du tube digestif et je ne crois pas qu'il existe un antiseptique pulmonaire sérieux, sans action caustique sur l'estomac. Il est inutile d'insister, à ce point de vue, sur les effets de la créosote, de l'eucalyptol et de leurs dérivés : tous les praticiens les connaissent.
2° La voie hypodermique, notablement plus avantageuse que la précédente, parce que son dosage est meilleur et son action plus rapide. Cependant, elle aussi est indirecte et exige la pénétration du médicament dans la circulation générale où il joue un rôle assez difficile à bien

définir. L'hypodermie, d'autre part, est souvent douloureuse, et elle effraie le patient.

3° La voie que j'appellerai directe, c'est-à-dire l'application de l'agent médicamenteux sur la partie malade elle-même, constituant ainsi un pansement immédiat de la muqueuse, des canaux aérifères, fosses nasales, larynx, trachée, bronches et alvéoles pulmonaires. L'orifice glottique sert de voie de passage aux principes médicamenteux.

Dans ce but, il y a quelques années on préconisa les injections intra-trachéales d'huiles antiseptiques, faites avec une seringue à bec recourbé, guidée par le miroir laryngoscopique.

Il y a deux moyens d'exécuter l'injection dite intra-trachéale. L'un consiste à introduire le bec de la seringue en arrière de l'épiglotte, au-dessus de la glotte. Ce procédé est bien supporté, mais jamais, en pareil cas, l'huile antiseptique ne parvient dans la trachée, car la glotte ne laisse, en aucune façon, passer les liquides, les expériences des physiologistes sont formelles à ce sujet. Cette pseudo-injection intra-trachéale n'est donc qu'une illusion.

La véritable injection intra-trachéale ne peut être pratiquée que par un spécialiste, à l'aide du miroir laryngoscopique. Il est indispensable que le bec de la seringue traverse la glotte, pénètre dans la trachée et une telle manœuvre, répétée souvent, doit être faite très soigneusement, avec beaucoup de dextérité. Chez un certain nombre de malades, il est nécessaire, au préalable, d'habituer le larynx au contact des corps étrangers ; chez d'autres même, elle est pénible et difficile à réussir.

Il y a quelque sept ou huit ans, cette méthode fut essayée par la plupart des spécialistes français et étrangers. A cette époque, je l'ai personnellement appliquée sur de nombreux malades à l'hôpital et en clientèle et, en somme, d'accord, je crois, avec la majorité des laryngologistes, je considère l'injection intra-trachéale *vraie* comme trop délicate et trop pénible, pour les avantages qu'elle procure.

Bien entendu, je crois inutile de parler ici de la pseudo-injection intra-trachéale, qui agit surtout..... sur l'œsophage.

*
* *

Beaucoup plus pratique et beaucoup plus étendue dans ses applications, est la *méthode inhalatoire* qui confie à la respiration elle-même, le soin d'introduire les agents thérapeutiques dans les voies aériennes jusqu'au contact des points malades. L'inspiration physiologique remplace ici, fort avantageusement, la seringue trachéale et supprime ainsi tout intermédiaire et toute fatigue.

Grâce à l'inhalation, on obtient un véritable pansement gazeux, une réelle irrigation gazeuse continue de l'appareil respiratoire. Son action est immédiate et locale ; elle réalise le desideratum que formulait, au commencement du siècle, l'immortel inventeur de l'auscultation, Laennec : « soigner les affections des voies aériennes, en agissant directement sur elles ».

Cette méthode inhalatoire, si simple dans son principe et si naturelle, présente, il est vrai, lorsqu'il s'agit de la mettre en œuvre, de très sérieuses difficultés.

Pour être efficace, en effet, le gaz inhalé doit réunir trois qualités :

a) Il doit contenir assez d'oxygène pour permettre la respiration chimique des poumons. A ce point de vue, l'air atmosphérique est le meilleur chariot des principes médicamenteux.

b) Ce gaz doit être antiseptique et capable de lutter efficacement, dans un espace de temps relativement court, contre les microbes habituels des canaux aériens et plus particulièrement contre le bacille de Koch.

c) Il doit être parfaitement toléré, c'est-à-dire ne causer ni irritation, ni congestion de la muqueuse sur laquelle il exerce son action.

Il est facile de comprendre que ces deux dernières conditions — valeur antiseptique sérieuse et parfaite tolérance — sont, sinon contradictoires, du moins fort difficiles à associer. Là, naturellement, s'élèvent les difficultés pratiques et là réside une des causes principales des si nombreux échecs dont les tentatives de ce genre ont été suivies.

Le but à atteindre est le suivant : obtenir avec un appareil simple, facile à employer par le malade, une inhalation gazeuse véritablement antiseptique d'une part, et de l'autre toujours bien supportée.

*
* *

La question à résoudre étant ainsi nettement établie, exposons maintenant, aussi succinctement que possible les essais et les résultats auxquels nous avons été conduit, après trois années de recherches cliniques et bactériologiques sur ce sujet.

Je diviserai cette courte étude en quatre parties. La première montrera comment on peut obtenir un gaz inhalable, avec quelles formules et de quelle façon. La deuxième établira la valeur bactéricide et expérimentale de l'air médicamenteux employé. Dans la troisième, nous exposerons, le laryngoscope en main, l'action locale du dit gaz. Enfin, dans la quatrième, nous ferons une revue clinique sommaire des résultats obtenus par l'usage de ces inhalations, nous réservant de revenir une autre fois sur ce dernier point.

I

L'AIR MÉDICAMENTEUX A INHALER

L'appareil qui a servi dans tous nos essais et que nous employons à notre clinique, est fort simple. En voici la description extraite des *Archives Internationales de Laryngologie* (1).

Il se compose (figure ci-jointe) des parties suivantes :

1° Un premier vase en verre F, contenant de l'eau chaude, dont la température varie entre 50 et 100°.

2° Un second récipient D, plonge dans le précédent. Il a la forme d'une éprouvette renversée. Son bord supérieur libre se recourbe en dehors, pour s'appuyer sur le flacon F, suspendant ainsi l'éprouvette au milieu de l'eau chaude.

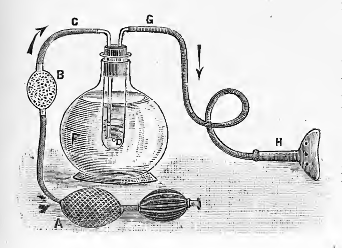
Le vase D est fermé à sa partie supérieure par

(1) Compte rendu de la Société de Laryngologie; in *Arch. Int. de Laryngologie*, n° mars-avril 1899, page 150.

un bouchon de caoutchouc percé de deux trous qui laissent passer respectivement les tubes C et G. L'un de ces tubes plonge au fond de l'éprouvette et l'autre affleure seulement le bouchon. Dans le récipient D se placent le liquide (un liquide est nécessaire) et les produits destinés à être inhalés.

3° Une soufflerie A, à jet continu, prolongée par l'ampoule filtrante B, remplie d'ouate hydrophile.

4° Un tube de sortie G, terminé par une embouchure buccale H, qui s'applique sur les lèvres et ferme ainsi la bouche.



Dans le traitement des lésions naso-pharyngiennes, il suffit d'introduire dans une narine, l'embout qui relie le tube G, à l'embouchure H.

Toutes les parties constituantes de l'inhalateur sont mobiles et facilement séparables les unes des autres. Les pièces principales sont en verre ou en métal, par conséquent aisément nettoyables. Pour ce qui concerne les embouchures buccales, elles sont en cuivre nickelé, stérilisables par ébullition dans l'eau alcalinisée.

*
* *

L'inhalateur fonctionne fort simplement de la manière suivante : le vase F contient de l'eau chaude (1) et le récipient D une préparation appropriée. La soufflerie est alimentée par la main et l'air ainsi chassé, suivant la direction des flèches, après s'être chargé de principes médicamenteux thérapeutiques en D, arrive dans l'embouchure H. Le malade respire cette atmosphère par la bouche pendant dix ou vingt minutes chaque fois.

L'inhalation doit être renouvelée en général tous les jours, une, deux ou trois fois par jour.

L'appareil décrit précédemment réalise plusieurs avantages :

a) il est simple à construire et facile à stériliser.

b) il ne demande aucun effort d'inspiration et par conséquent fonctionne sans fatigue. Aussi l'inhalation peut-elle être prolongée très longtemps, même chez les malades affaiblis.

c) enfin et surtout, il donne aux produits employés une concentration tout à fait particulière.

Beaucoup d'agents médicamenteux, en effet, peu volatils à froid, le sont, au contraire, à chaud. Le menthol, par exemple, n'émet véritablement de vapeurs inhalables que lorsqu'il est porté à une certaine température. L'acide benzoïque, le formol, les essences balsamiques sont également beaucoup plus actifs à chaud qu'à froid. Or notre appareil permet de porter tous ces produits à une température voisine de 100°, sans les exposer eux-mêmes à aucune manipulation, le vase D qui les contient demeurant indépendant de l'eau destinée au chauffage. Ce mode spécial de chauffage *par contact*, en vase clos, constitue une particularité essentielle de l'appareil, dont la valeur d'ailleurs réside surtout dans les résultats bactériologiques et cliniques qu'il nous a procurés.

*
* *

Dans ces conditions, l'inhalateur met en liberté, distille abondamment en un mot, des principes volatils qui viennent se confondre avec la colonne d'air chassée par la soufflerie.

Toute substance susceptible d'être volatilisée à une température de 100° et au-dessous, peut être ainsi utilisée. Nous pouvons, au point de vue qui nous intéresse, employer un assez grand nombre d'agents antiseptiques et balsamiques, par exemple, le menthol, le bromoforme, les essences (bourgeons de sapins, myrtol), le formol, l'acide benzoïque, etc...

Chacun de ces médicaments apporte à l'air inhalé ses propriétés particulières, qu'il est toujours avantageux de combiner les unes aux autres, car en additionnant les antiseptiques, *on multiplie* leur puissance. Suivant les variétés d'association et suivant les doses, on obtient ainsi les combinaisons les plus variées. J'ai étudié un certain nombre de ces combinaisons et, en ce qui concerne l'antisepsie broncho-pulmonaire, je me suis arrêté à la formule suivante qui, à mon avis, réunit les deux conditions dont nous avons parlé plus haut, l'activité et la parfaite tolérance :

Cette formule se prescrit ainsi :

1° Aldéhyde formique........ 1 à 150 gr.
Eau .... Q. s. pour avoir 150 gr.
Mêlez.
2° Cristaux de menthol............ 5 gr.
Dans un flacon séparé.
3° Bromoforme.................... 15 gr.
Dans un flacon séparé.

Verser dans le vase D une cuillerée à bouche de la première solution et y ajouter d'une part une demi-cuillerée à café (0 gr. 50 environ) de cristaux de menthol et de l'autre 2 à 10 gouttes de bromoforme.

Il convient, au début du traitement, d'employer la solution de formol faible, c'est-à-dire un gramme de formol pour 150 grammes d'eau, et alors de diminuer peu à peu la quantité d'eau, à mesure que le malade s'accoutume, pour arriver *s'il y a lieu*, au formol non dilué. Dans certains

(1) En général, on y verse de l'eau bouillante dont la température, en raison du transvasement, se trouve réduite à 80° environ. Pendant la durée de l'inhalation, soit dix à quinze minutes, cette température de l'eau s'abaisse lentement jusqu'à 50 ou 45 degrés.

cas rares, le patient doit être habitué au formol en inhalant, pendant plusieurs jours, du menthol seul, ajouté à de l'eau simple. Par contre, chez quelques personnes, on arrive assez rapidement au formol pur. De même on élèvera les doses de bromoforme de 2 à 10 gouttes ou plus.

Quoiqu'il en soit, le vase D, chargé de la préparation précédente est plongé dans le ballon F, rempli d'eau chaude. La soufflerie A (1) est mise en action et il s'échappe alors en H, un air médicamenté dont nous allons maintenant étudier les propriétés et l'action thérapeutique.

II

ESSAI BACTÉRIOLOGIQUE.

Quelle est la valeur bactériologique de cet air médicamenté ; est-il bactéricide ? En d'autres termes, le gaz sortant de l'embouchure H, destiné à être respiré par les malades, agit-il avantageusement sur les microbes les plus habituels de l'arbre respiratoire ?

Voici les essais expérimentaux que nous avons pratiqués à ce sujet.

Nous les avons déjà exposés au 67e congrès de l'*Association médicale Britannique*, à Portsmouth (2).

1re *Expérience.* — Je prends deux tubes à essai, contenant l'un et l'autre vingt centimètres cubes de bouillon de veau stérilisé. Chaque tube est inoculé avec une goutte de pus, pris sur un abcès de l'oreille.

Dans le tube n° 1, il n'est fait aucune autre manipulation. Dans le tube n° 2, je fais passer (par barbottement), au travers du bouillon, le courant gazeux sortant de l'inhalateur, pendant quarante-cinq minutes.

Alors les deux tubes sont placés l'un à côté de l'autre dans une étuve où la température est maintenue à 37°. Le lendemain matin, soit après quinze heures, le tube n° 1 présente trois points blancs, indices de cultures microbiennes commençantes ; le tube n° 2 est clair et n'a subi aucun changement.

Après quarante-huit heures, le tube n° 1 présente le trouble habituel symptomatique des cultures florissantes et le n° 2 est toujours parfaitement limpide.

2e *Expérience.* — Semblable à la précédente, avec cette seule différence que les tubes sont inoculés avec du staphylococcus albus. Le résultat est le même et le passage du gaz a suffi pour prévenir le développement de toute culture dans le tube n° 2.

3e *Expérience.* — Des crachats renfermant d'abondants bacilles de Koch, sont pris chez un phtisique avancé. On les broie et les mêle soigneusement a un bouillon de veau, avec lequel ils séjournent pendant une journée. Puis, on filtre la masse au travers du coton hydrophile et on obtient une préparation qui, pour faciliter le barbottage est diluée avec partie égale d'eau.

Pour reconnaître si le bacille tuberculeux peut être tué par le gaz de l'inhalateur, je fais passer l'air sortant par le tube K au travers de ce bouillon pendant cinq heures environ.

(1) Dans les Cliniques et les Sanatoria cette soufflerie individuelle est avantageusement remplacée par un gazomètre alimentant plusieurs inhalateurs à la fois.

(2) Compte rendu, in *British medical Journal*, 14 octobre 1899, et in *Journal of Laryngology*, avril 1900.

Alors, j'inocule à un cobaye un demi-centimètre cube du liquide ainsi préparé, sous la peau de la face interne de la cuisse droite.

Nous connaissons tous l'extrême sensibilité du cochon d'Inde à une inoculation sous-cutanée de cette nature. Lorsqu'il s'agit d'un produit tuberculeux actif, le cobaye présente, comme conséquence, d'abord un abcès tuberculeux local, puis finalement il maigrit et meurt.

Cet animal est le réactif de la tuberculose expérimentale.

Le cobaye auquel l'injection précédente fut pratiquée, est toujours en parfaite santé, il y a six mois de cela. Il a même augmenté de poids. Les lésions locales se sont réduites à une légère eschare rapidement guérie.

Aussi, je crois pouvoir conclure que le gaz en question, c'est-à-dire l'air médicamenté qui arrive dans l'embouchure H, possède une action microbicide réelle et, en particulier, agit favorablement contre le bacille de Koch.

III

ETUDE LARYNGOSCOPIQUE. ACTION LOCALE.

Le malade qui applique contre sa bouche l'embouchure H de l'inhalateur, respire donc un gaz antiseptique.

Ce gaz est-il inspiré à l'état de pureté, sans dilution ? En d'autres termes, l'inhalateur fournit-il une quantité de gaz assez abondante pour satisfaire les besoins de la respiration physiologique ?

L'homme adulte respire environ quatorze fois par minute et il introduit, à chaque inspiration normale, à peu près un demi-litre d'air dans sa poitrine, ce qui représente 7 litres d'air par minute.

D'autre part, nous avons mesuré la quantité de gaz qui s'échappe de nos inhalateurs (1) et nous avons trouvé qu'à notre clinique chaque appareil fournit un litre en sept secondes, soit huit litres et demi d'air médicamenté par minute.

En comparant ces deux chiffres, on peut donc admettre, pratiquement, que l'appareil produit la dose d'air nécessaire à la respiration et que par conséquent le malade respire le gaz médicamenté à peu près pur, sans dilution notable avec l'air atmosphérique ambiant.

Quoi qu'il en soit, lorsque le malade inhale par la bouche l'air médicamenté, la première sensation perçue est une sensation de cuisson à la gorge. Je la compare volontiers, au point de vue subjectif, à celle du poivre affaiblie et, à ce titre, elle n'est en aucune façon désagréable. D'ailleurs, elle s'atténue assez rapidement, à mesure que l'inhalation continue, cette dernière étant analgésique.

Souvent aussi les premières inspirations sont interrompues par une toux légère qui, elle aussi, disparaît par l'emploi quotidien de la médication.

Finalement, lorsque l'inhalation est finie, après une durée moyenne de dix à quinze minutes, le malade perçoit au larynx et dans la poitrine un sentiment spécial de bien-être et de soulage-

(1) Cette quantité varie suivant le diamètre des tubes et la puissance de la soufflerie. En augmentant ces deux facteurs, on peut donc l'augmenter elle-même facilement.

ment qui manque rarement de se produire, lorsque la force de la médication a été soigneusement et rationnellement graduée.

Chaque inhalation prise isolément constitue une sorte d'*irrigation gazeuse continue* du larynx, de la trachée et des bronches. La muqueuse de ces organes est lubrifiée et imprégnée en totalité par les agents volatils contenus dans le courant d'air.

Si maintenant comparativement nous examinons les malades avec le miroir laryngoscopique, au commencement et à la fin de l'inhalation, nous constatons toujours que, sous l'unique influence de cette dernière, la muqueuse visible du larynx, de la trachée et de la bifurcation des bronches est devenue plus humide, plus vivante et plus sensible, sans être à aucun degré congestionnée. La médication, en un mot, excite et stimule la sécrétion glandulaire, mais n'irrite pas. Elle ne produit jamais de congestion des organes respiratoires et provoque même, au contraire, un léger degré de décongestion.

Ces constatations que nous avons faites des milliers de fois, nous expliquent parfaitement pourquoi ce traitement est habituellement si bien toléré. Il y a plus : bon nombre de nos malades atteints d'hémoptysie ont pu continuer quand même, pendant toute la durée de cet accident, l'usage des inhalations, et jamais nous n'avons vu l'hémorrhagie s'accroître du fait de la médication que, toutefois, il est préférable de suspendre si l'hémoptysie est abondante pour ne pas troubler le repos nécessaire à la cure de cette complication.

En résumé, le courant gazeux ainsi employé est toujours bien toléré par le larynx et les poumons.

Cette méthode n'a, d'une manière générale, aucune contre-indication.

IV

RÉSULTATS CLINIQUES.

L'Association des trois corps, menthol, bromoforme et formaldéhyde, tous trois antiseptiques puissants, véritable triplice thérapeutique, est particulièrement heureuse, puisqu'elle a pour effet non seulement de multiplier la valeur bactéricide de l'inhalation, mais encore d'y ajouter des propriétés calmantes importantes. L'action analgésique est due au bromoforme et au menthol qui, volatilisés abondamment par l'appareil, viennent se déposer sur la muqueuse respiratoire.

Nous avons déjà dit que l'inhalation procurait au patient une véritable sensation de soulagement qui souvent se prolonge pendant la nuit et favorise ainsi le sommeil.

Il convient d'envisager également une question : cette action microbicide et analgésique s'étend-elle à tout l'arbre respiratoire ?

On désigne communément sous le nom d'inhalations des choses bien différentes les unes des autres. La plupart des inhalateurs du commerce, connus sous les noms de pulvérisateurs à vapeur, vaporisateurs, atomisateurs, etc... produisent un nuage froid ou chaud, plus ou moins fin, mais constitué toujours par un liquide médicamenteux pulvérisé ou par de la vapeur d'eau, chargée de principes thérapeutiques.

Ces buées sont arrêtées en grande partie dans la gorge par le pharynx et le voile du palais qui jouent le rôle d'écrans et enfin par la glotte, de sorte qu'elles n'arrivent qu'en quantité infime dans le larynx inférieur et la trachée.

Notre appareil, au contraire, produit non pas des vapeurs aqueuses, mais un véritable gaz qui n'est autre chose que de l'air tiédi — à la température moyenne de 25° — et humidifié, chargé de vapeurs *indépendantes*, extrêmement ténues de menthol, bromoforme et formaldéhyde. Le mélange de ces vapeurs avec l'air est si intime qu'une couche de coton hydrophile, porté à la température de la bouche (35°) ne parvient pas à les filtrer d'une manière bien appréciable. Elles font donc partie intégrante de l'air respiré lui-même et elles sont forcément charriées partout où il circule, c'est-à-dire qu'elles parcourent avec lui tout l'arbre respiratoire.

Gréhant a montré qu'après quatre ou cinq mouvements respiratoires, le contenu gazeux des poumons était renouvelé. On peut estimer, par conséquent, qu'après la cinquième inspiration l'air médicamenté est réparti dans toute la poitrine. Toutefois sa valeur curative n'est pas la même en tous les points des voies aériennes. Au niveau du larynx, de la trachée et des grosses bronches, le gaz est rapidement renouvelé et son action peut être comparée à une irrigation gazeuse prolongée. Sur les petites bronches et au niveau des alvéoles il est plus stagnant : il constitue là un simple bain gazeux antiseptique.

*
* *

Ces inhalations sont indiquées et rationnelles dans tous les cas où l'antisepsie des voies aériennes est elle-même nécessaire.

Elles peuvent jouer, tout d'abord, un rôle prophylactique fort important lorsqu'elles sont prescrites chez certains sujets prédisposés et soupçonnés de tuberculose. Dans bien des circonstances, en effet, le médecin est appelé à soigner des malades chez lesquels, à côté de sérieuses présomptions, il n'existe pas cependant de signes stéthoscopiques bien nets de tuberculose. Pour le praticien qui sait combien est vague et insidieux le début de cette maladie, la responsabilité est grande. Quoique, alors, le diagnostic puisse être hésitant, nous pensons que le traitement ne doit pas l'être. A ce moment, la médication inhalatoire antiseptique, simple et inoffensive, tonique des organes respiratoires, devient à la fois une sauvegarde et un traitement rationnel.

Pour bien comprendre comment agit le gaz inhalé que nous recommandons, voyons rapidement de quelle façon se produit, d'une manière générale, l'implantation et le développement du bacille de Koch, dans la tuberculose laryngo-pulmonaire *chronique*, à *marche lente*, la seule forme que, pour le moment, la thérapeutique puisse songer à guérir.

Le chemin habituellement suivi par l'infection est la voie respiratoire elle-même. Les poussières bactériennes sont amenées par l'inspiration au contact direct du larynx et des poumons, et lorsque les germes s'y développent on assiste à l'une des deux modalités pathologiques suivantes :

Ou bien le larynx est atteint le premier et il se produit une laryngite catarrhale tuberculeuse

à laquelle succède, après un intervalle plus ou moins long, l'infection pulmonaire. Dans cette catégorie de cas, les autopsies ont permis de constater la présence du bacille de Koch, dans les glandes et entre les cellules de la muqueuse qui tapisse le larynx.

Ou bien c'est le poumon qui se prend tout d'abord, modalité plus fréquente que la précédente. Les recherches très précises de Rindfleish ont montré que le *tubercule miliaire*, élément fondamental de la Tuberculose pulmonaire chronique, prenait naissance autour de la bronchiole intra-lobulaire terminale. Ainsi, le bacille se fixe, en premier lieu, à l'extrémité des plus fines ramifications bronchiques ou il se cultive pour former le *nodule tuberculeux peri-bronchique* décrit par Charcot. Puis, peu à peu, l'alvéole est envahie, les vaisseaux oblitérés et les sécrétions microbifères venant séjourner dans une alvéole voisine, la contagionne à son tour.

Telle est la voie suivie par le bacille, tel est le mode habituel de développement de la tuberculose laryngo-pulmonaire ordinaire à marche lente, à évolution chronique, forme la plus commune d'ailleurs.

Après cet exposé, le rôle thérapeutique des inhalations antiseptiques devient facile à comprendre. Elles vont désinfecter les cavités laryngo-pulmonaires, détruire le bacille partout où elles le rencontreront, l'empêcher de contagionner d'autres points, imprégner et isoler le tubercule, jusqu'à ce qu'il soit expulsé ou cicatrisé.

Cette antisepsie se fait par contact d'abord, et ensuite, je le pense du moins, par absorption directe, immédiate.

Le gaz microbicide suit en somme, pour la défense de l'organisme, la même route que suit le bacille lui-même pour l'attaque.

Tel est le mécanisme qu'emploie la méthode inhalatoire antiseptique, pour améliorer ou guérir les lésions tuberculeuses du larynx et des poumons.

* * *

J'ai appliqué cette méthode quotidiennement, depuis trois ans, à plus de deux cents cas de tuberculose laryngée et pulmonaire. Après une aussi longue période d'observation et de contrôle, il me sera permis de la recommander avec l'espoir d'être toujours utile aux malades.

Les 200 cas en question comportent naturellement toutes les variétés et tous les degrés de la tuberculose laryngo-pulmonaire : catarrhe laryngé tuberculeux, ulcérations, infiltrations et phtisie laryngées, bacillose pulmonaire au début, à la période d'envahissement, de ramollissement, de cavernes, etc.

Voici, envisagés d'une manière générale, quels ont été et quels sont les effets de ce traitement:

Le catarrhe laryngé tuberculeux, avec lésions pulmonaires elles-mêmes au début, est d'abord immobilisé par les inhalations pour guérir ensuite lorsque les conditions d'hygiène du patient sont convenables.

Sur trois larynx différents, j'ai pu constater avec le laryngoscope la cicatrisation *d'ulcères tuberculeux*. Ces lésions, qui avaient résisté aux traitements locaux ordinaires (badigeonnages au phénol, acide lactique, curetage...) et s'étaient aggravées malgré leur emploi, ont guéri par l'usage quotidien des inhalations de menthol bromoformolé, faites pendant un espace de temps variant de 6 mois à 1 an.

Pour le spécialiste qui connaît le caractère extrêmement rebelle de la bacillose laryngée, un tel résultat est une preuve de la valeur thérapeutique de cette médication.

Je ne veux pas dire, en aucune façon, que toutes les ulcérations laryngées tuberculeuses vont guérir avec cette méthode. Les lésions étendues, accompagnées de bacillose pulmonaire avancée, y résisteront sans doute dans bien des circonstances, mais cela n'infirme en rien la valeur des résultats acquis.

Et d'ailleurs, si ces inhalations ne peuvent cicatriser définitivement les ulcérations et les infiltrations énormes de la phtisie laryngée à sa période ultime, elles réussissent tout au moins, la plupart du temps, à les soulager et à les améliorer. Souvent aussi elles amoindrissent et calment notablement la dysphagie, ce véritable supplice contre lequel tant de moyens ont été vainement préconisés.

Appliqué au traitement de la tuberculose pulmonaire, l'air mentho-bromoformolé produit peu à peu, par son usage quotidien prolongé, des effets toujours satisfaisants. Allié à l'hygiène et au régime, sans autre médicament, il guérit, dans un grand nombre de cas, les tuberculoses pulmonaires à leur début. On peut espérer et on obtient beaucoup alors d'une médication qui antiseptise et tonifie aussi vigoureusement les voies aériennes, sans toucher aux autres défenses de l'organisme, sans rien demander au tube digestif, sans fatiguer le patient dont elle soulage les malaises et relève l'appétit.

Mais ces résultats ne peuvent être attendus que si la perméabilité des bronches est suffisamment conservée pour permettre au gaz antiseptique d'atteindre le bacille, c'est-à-dire si la méthode est appliquée de bonne heure, au début de l'infection.

Plus tard l'inhalation, pénètre imparfaitement les parties malades et son action curative est dans ces conditions notablement atténuée. Elle ne peut plus constituer alors qu'un adjuvant qui vient apporter son appoint aux autres traitements (1). J'ai noté cependant, par son seul usage, la disparition de foyers de craquements secs après 4 mois, 3 mois et même 1 mois d'inhalations.

En résumé, les inhalations de menthol bromo-formolé sont toujours utiles, mais elles ne peuvent guérir à elles seules que l'infection bacillaire commençante. Le tout est de les prescrire assez tôt.

Pour ne pas allonger indéfiniment ce travail, je n'ai exposé ici qu'une étude tout à fait générale de cette nouvelle méthode thérapeutique, remettant à plus tard l'exposé des observations cliniques.

J'ajouterai, pour terminer, que, après avoir employé ce traitement pendant trois années sur de nombreux malades j'ai acquis peu à peu, gra-

(1) Expérimentalement l'aldéhyde formique coagule légèrement les albumines (Trillat). En clinique phtisiothérapique il épaissit les crachats. En raison de ce fait il convient chez les phtisiques avancés et très faibles de suspendre de temps en temps le formol dans la formule inhalatoire.

duellement et de plus en plus fermement, la conviction de son utilité. Il peut s'allier toujours fort avantageusement à tous les autres modes d'intervention médicamenteux ou hygiénique, quels qu'ils soient. Il n'en exclut aucun et constitue pour tous un précieux adjuvant. Il les complète.

*
* *

Voici comment nous formulons la médication pour un cas de Tuberculose :

1° Aldéhyde formique..... 1 gr.
Eau..................... 150 gr.
Mêlez :
2° Menthol en cristaux..... 5 gr.
dans un flacon séparé.
3° Bromoforme............ 15 gr.
dans un flacon séparé.

Matin et soir pendant dix à vingt minutes, faire avec ces trois produits une inhalation préparée de la façon suivante :

Verser, dans le vase intérieur D, successivement, une cuillerée à bouche de la première solution et une demi-cuillerée à café de cristaux. Cette charge peut servir pour quatre inhalations ; elle devra par conséquent être changée tous les deux jours :

Avant chaque inhalation ajouter dans le même vase intérieur D, deux gouttes de bromoforme.

Comment doit-on inhaler ? Il suffit, comme nous l'avons dit, de mettre de l'eau très chaude, presque bouillante, dans le ballon extérieur F, de respirer par la bouche en pressant sur la soufflerie et en appliquant l'embouchure H contre les lèvres.

Pour habituer les voies aériennes à la médication, au début du traitement surtout, il est bon de faire pénétrer le gaz doucement, par petites quantités à la fois, dans la poitrine.

Pour cela, le malade aura soin :

1° De cesser l'inhalation de temps en temps, pendant quelques secondes, pour respirer alors un peu d'air ordinaire.

2° D'éviter autant que possible les trop grandes inspirations, c'est-à-dire les respirations très profondes.

En procédant ainsi, le malade s'accoutumera vite au traitement et en retirera le maximum de résultats.

*
* *

La formule précédente procure déjà un gaz fort actif et suffisant. Cependant, il est avantageux, si possible, d'accroître sa puissance en augmentant progressivement à quelques semaines d'intervalle les doses de formaldéhyde et de bromoforme.

Chaque fois que la susceptibilité du malade ne s'y opposera pas, le médecin portera donc les doses de formol successivement à 2, 5, 10, 20 grammes, etc., pour 150 gr. d'eau, et même chez certains sujets, il pourra parfois employer le formol pur.

On variera les quantités de bromoforme d'une manière analogue, depuis deux gouttes, jusqu'à dix gouttes par inhalation.

En général, quand on augmente le formol, il convient d'augmenter aussi le bromoforme. Mais ce n'est là qu'une indication et il sera toujours loisible au médecin aux prises avec la variété des cas cliniques, de modifier dans ses détails les règles que nous venons de reproduire.

Il peut être bon, par exemple, de porter d'emblée la dose de bromoforme à 5 gouttes ou à 10 gouttes par inhalation, pour obtenir une meilleure tolérance.

Souvent aussi il devient utile de faire pratiquer trois inhalations, au lieu de deux par jour.

*
* *

Deux mots enfin sur l'emploi de cette antisepsie dans le traitement des laryngo-bronchites chroniques catarrhales simples.

En pareil cas, l'usage des inhalations de menthol bromo-formolé transforme les sécrétions muco-purulentes en sécrétions claires, la bronchite devient muqueuse.

Dans le traitement de ces lésions chroniques simplement catarrhales — souvent elles aussi difficiles à guérir — du nez, du pharynx, de la trachée et des bronches, notre inhalateur permet d'employer très avantageusement la plupart des médicaments balsamiques (essences (1), acide benzoïque, etc.) qu'il distille abondamment.

Ces agents thérapeutiques peuvent être versés dans l'appareil séparément ou au contraire mêlés dans une seule formule. La suivante nous a donné de bons effets :

Essence de bourgeons de sapins } ãã 1 gr. 50.
Myrtol........................... }
Menthol.......................... } ãã 3 gr.
Acide benzoïque.................. }

Le pharmacien chauffera, jusqu'à liquéfaction, cette mixture, dans un flacon compte-gouttes.

On obtient ainsi un liquide huileux, homogène, de couleur ambrée qui se solidifie par refroidissement.

Mode d'emploi. — Le malade placera le flacon bien fermé dans un bain-marie d'eau bouillante pendant cinq à six minutes, jusqu'à liquéfaction du mélange et versera 20 à 30 gouttes du liquide ainsi obtenu dans l'éprouvette D. Y ajouter une cuillerée à bouche d'eau ordinaire pour permettre le barbottage.

L'inhalateur fonctionne comme précédemment.

S'il s'agit d'une affection nasale, se servir simplement du petit embout qui relie le tube G à l'embouchure H. Cet embout sera placé horizontalement dans une narine, en la choisissant toujours non obstruée pour qu'elle puisse être convenablement utilisée comme canal respiratoire.

Avec ce traitement j'ai vu souvent la muqueuse rouge et sécrétante de la trachée, des bandes ventriculaires et de la commissure du larynx, du pharynx buccal et nasal, se décongestionner et reprendre peu à peu un aspect normal.

Les cordes vocales dont la structure histologique est toute différente, semblent moins influencées.

CONCLUSIONS.

Si l'on fait passer au travers d'un mélange de menthol, de bromoforme et de formol, chauffé

(1) Les essences balsamiques les meilleures sont celles de bourgeons de sapins et de myrte. L'essence de cannelle a une odeur désagréable et nauséeuse. Nous essayons depuis quelque temps l'essence de cyprès.

en vase clos, un courant d'air, on obtient un gaz composé spécial, qui n'est autre chose que de l'air médicamenté.

L'appareil que nous avons décrit permet de réaliser avantageusement ces conditions.

L'air médicamenté ainsi produit est un gaz antiseptique. Expérimentalement, il stérilise le pus, les cultures de staphylocoques et les bacilles des crachats tuberculeux.

Cet air médicamenté est toujours très bien toléré par les organes respiratoires. L'examen laryngoscopique fait après son emploi démontre qu'il modifie avantageusement la muqueuse des voies aériennes, sans jamais la congestionner.

En clinique, il procurera d'excellents résultats dans les affections microbiennes des organes respiratoires et tout particulièrement la tuberculose laryngée et pulmonaire.

Il constitue ainsi un précieux adjuvant dans le traitement de ces affections si souvent rebelles à la thérapeutique.

MÉDECINE PRATIQUE

Etiologie de la paralysie générale.

Une des maladies modernes qui contribuent le plus à peupler les asiles d'aliénés et qui foudroient le plus d'hommes en plein épanouissement de l'âge adulte, c'est la paralysie générale, appelée encore méningo-encéphalite diffuse.

La symptomatologie est aujourd'hui bien près d'être complètement éclaircie : l'anatomie pathologique aussi ; c'est le chapitre de l'étiologie qui paraît devoir rester le plus longtemps obscur. Quant au traitement, hélas ! il est à peu près nul et le diagnostic une fois porté sûrement est équivalent, ou peu s'en faut, à une condamnation à mort. Espérons que de l'éclaircissement de l'étiologie, naîtra enfin, un jour, un embryon de traitement qui permettra de faire luire un rayon d'espoir aux familles des malheureux malades.

I.

Symptomatologie.

Le début de la paralysie générale n'est presque jamais brusque. Presque toujours, il y a un *stade prodromique*, caractérisé par un changement de caractère, une légère irritabilité, des modifications rapides d'humeur, tantôt gaie, tantôt triste, par un affaiblissement de la mémoire. Le malade, jusqu'alors très actif dans son commerce, devient négligent ; ses goûts artistiques se perdent ; son sens moral s'altère, au point de scandaliser son entourage et sa famille. Kleptomanie, excès, obscénités, attentats aux mœurs, tels sont les vices qui s'installent en quelques mois dans ce cerveau désemparé. Souvent aussi, on remarque des troubles de la parole, des vertiges, des insomnies.

Cette période peut durer des années. Puis, les phénomènes s'accentuent, les troubles de la parole, le bégaiement, les difficultés de prononciation deviennent appréciables pour tout le monde ; le malade est saisi de mégalomanie, d'idées ambitieuses, d'idées de richesse, etc. Il fait des commandes folles, conclut des contracts insensés, se croit tout à coup devenu dieu, empereur, roi, conquérant, savant, financier et puissant ; ses idées délirantes se traduisent par une phase d'exaltation et de démence qui fait place, elle-même, à une phase de dépression. Puis, l'exaltation reparaît, va parfois jusqu'à des violences inouïes, si le malade se croit contredit. Il retombe ensuite dans son hypochondrie et veut se suicider. Il se plaint de maux extraordinaires, exagère tous ses récits, accuse tout le monde de le faire souffrir, prétend n'avoir rien mangé depuis quinze jours, etc.

Les réflexes rotuliens sont souvent exagérés, au début, puis disparaissent à une période plus avancée. Les troubles moteurs sont notablement accusés, dès le commencement de la maladie : ils consistent en tremblements, contractions fibrillaires, phénomènes d'incoordination motrice des membres inférieurs, ptosis, paralysies oculaires, partielles ou multiples, troubles de l'écriture (mots écrits à moitié, syllabes passées, lettres tremblées). Signalons encore les phénomènes d'irritation tels que la rigidité musculaire, les grincements de dents, les tics faciaux, etc.

Le fonctionnement de la vessie et du rectum reste normal, jusqu'aux périodes terminales de la maladie. Il en est de même de la puissance génitale.

Les troubles vaso-moteurs et trophiques ne sont pas rares : tels que les anomalies du pouls (accélération, ralentissement, faiblesse), les hyperhémies unilatérales de la face, les névrites périphériques ; le zona, le pemphigus, l'abaissement ou l'élévation de la température générale, la cyanose, les œdèmes, les hématomes auriculaires, l'eschare du sacrum, les fractures spontanées, l'amaigrissement. Au cours de la paralysie, on voit survenir souvent *des attaques*, sous forme de vertiges, d'accès apoplectiformes suivis d'hémiplégie ou d'aphasie transitoire (en quelques jours ou en quelques heures, disparition complète) ou encore sous forme d'accès épileptiformes, s'accompagnant de perte de connaissance et de contractures musculaires.

Progressivement, au bout de 12, 15, 20 mois, deux, trois, six ans exceptionnellement, les symptômes s'aggravent, après avoir subi quelques périodes d'arrêt ou de recul apparent ; plus fréquemment se produisent les attaques épileptiformes ; la faiblesse, l'amaigrissement et les paralysies s'accusent de plus en plus ; le malade n'éprouve plus aucune sensation pour le monde extérieur ; il est toujours content et paraît être satisfait de son sort ; mais bientôt, il ne quitte plus le lit, devient gâteux et dément et il succombe enfin soit à une pneumonie septique, soit à une complication vésicale, à l'infection de l'eschare sacrée, à la cachexie générale, ou quelquefois, il se suicide.

Nous ne dirons que quelques mots du diagnostic, qui n'est à faire, en réalité, qu'entre la paralysie alcoolique, la syphilis cérébrale et la paralysie générale.

La neurasthénie, l'épilepsie, les hallucinations la démence sénile et la manie ne présentent que quelques symptômes similaires avec la paralysie générale et non un ensemble pouvant permettre la confusion.

En ce qui concerne la paralysie alcoolique, il faut baser son diagnostic sur les phénomènes de gastrite chronique, de névrites périphériques,

de délire aigu violent, de congestion oculopalpébrale, de tremblements matinaux, de diminution des réflexes, enfin sur la connaissance des antécédents du malade (profession, vie privée). Pour la syphilis cérébrale on s'appuiera sur les faits suivants : céphalée nocturne pénible, accès apoplectiformes, suivis de paralysies partielles persistantes, ne s'améliorant pas spontanément, marche rapide des phénomènes et absence de prodromes tels que les troubles de la parole et la mégalomanie.

II

ETIOLOGIE.

Pour M. le Dr *Caboureau*, de Bordeaux, les idées actuelles sur les conditions du développement de la paralysie générale, peuvent être condensées en deux théories.

La première, celle des causes multiples ou des éclectiques ; la seconde, celle des causes limitées, spéciales, systématisées.

« La première théorie ou théorie des causes multiples, est celle des auteurs qui n'ont aucune opinion ou plutôt qui n'ont pas d'opinion précise en la matière. Ces auteurs procèdent, surtout à l'étranger, par de nombreuses casuistiques ou statistiques. Ils prennent 200 cas, par exemple, de la maladie, et relèvent dans chacun d'eux tout ce qui peut y exister : hérédité, traumatisme, insolation, onanisme, excès, alcoolisme, syphilis, chagrins, surmenage, pertes d'argent, etc., etc. Cela devient, pour eux, tout autant de causes qui sont censées avoir influé au même titre, au même degré, de la même façon sur la production de la maladie. Si bien qu'en additionnant toutes ces rubriques, ils concluent en fin de compte que la paralysie générale est due, dans la presque totalité des cas, à un plus ou moins grand nombre de facteurs différents. On voit où l'on arrive en procédant ainsi. Donnons seulement quelques exemples.

« Dans 100 cas, réunis par Oebecke, il se rencontre 53 cas de syphilis, mais trois fois seulement celle-ci existait comme cause unique. Les tares nerveuses se présentèrent 56 fois, les troubles nerveux personnels 44 fois, l'alcoolisme 43 fois, le surmenage mental 42 fois, les excès vénériens 41 fois, l'hérédité directe 22 fois, les fatigues corporelles 22 fois, les traumatismes 5 fois. Dans 47 % des cas, ces différentes causes — en dehors de la syphilis, — se trouvèrent combinées. Comme maladies antérieures, l'auteur cite le tabes (5 %), l'apoplexie cérébrale (1 cas), les névralgies (1 cas), la fièvre typhoïde (3 cas), le rhumatisme (2 cas), la goutte (1 cas), les affections chroniques de l'estomac (3 cas), la méningite (1 cas).

« Il en est de même d'une statistique de Kaes. En tenant compte des cas probables, Kaes n'a trouvé la syphilis que 30 fois %, mais il faut noter que les femmes paralytiques ont accouché d'enfants mort-nés 93 fois % et les femmes de paralytiques 40 fois. Dans 38 % des cas, les mariages sont stériles. L'alcoolisme s'est présenté 19 fois, les traumatismes 22 fois, le typhus 15 fois % ; la variole, le rhumatisme, le diabète ont été moins souvent observés.

« L'hérédité se trouve 18 fois % l'épilepsie antérieure 7 fois, la microcéphalie 3 fois. Le tabes se rencontre dans 15 % des cas, sur lesquels, dans la moitié, il y eut syphilis. L'intoxication saturnine intervint dans 10 cas ; l'intoxication tabagique jouera peut-être un certain rôle ; en effet, 35 malades étaient cigariers. Les affections cardiaques étaient fréquentes, surtout l'insuffisance aortique et l'insuffisance mitrale, 53 et 60 cas. La tuberculose fut cause de la mort dans 26 % des cas, mais en outre, souvent, on trouva de la tuberculose des poumons à l'autopsie.

« On peut encore citer la statistique dressée par le professeur *Funaioli*, de Sienne : « 290 paralytiques généraux, dont 218 hommes et 72 femmes, ont été admis à l'asile de Sienne pendant ces douze années ; 257 sont décédés, dont 189 hommes et 68 femmes. »

Comme cause prédisposante de la maladie, l'hérédité joue un rôle important, qu'il s'agisse d'hérédité vésanique, neuropathique, alcoolique ou congestive. L'hérédité directe entre dans la statistique pour le chiffre de 24 % et l'hérédité collatérale pour celui de 22 %. Parmi les causes occasionnelles, dont l'action a été le plus souvent notée, il convient de citer, d'après l'ordre de fréquence : les chagrins dans 26 % des cas, l'alcoolisme dans 25 %, la syphilis dans 18 % et l'abus de la vie dans 11 %. L'auteur fait remarquer que la maladie est, en général, le produit de causes multiples ; il s'est néanmoins efforcé de déterminer dans quelle proportion certaines causes agissent seules et en combinaison avec d'autres. Voici le résultat de ses recherches sur ce point : l'alcoolisme, comme cause unique, a donné naissance à la paralysie générale dans 11 % des cas ; uni à la syphilis dans 4,8 % et uni aux chagrins dans 4 %. La syphilis, à elle seule, a produit cette affection dans 44 % des cas ; unie à l'abus de la vie dans 3,4 %, aux chagrins dans 3,4 %, et aux abus vénériens dans 2 %.

« L'abus de la vie paraît avoir déterminé l'apparition de la paralysie générale dans une proportion de 6,7 % et les chagrins, dont l'action est plus marquée chez la femme. dans une proportion de 7,5 % pour les deux sexes et de 7,9 % chez la femme. »

La statistique de Greidenberg, médecin de l'asile de Symféropol (Crimée), est analogue aux précédentes. L'auteur cherche les causes de la maladie dans 230 cas. Pour 70 de ceux-ci, l'étiologie lui reste inconnue. Il reconnaît, dans les autres cas, cinq causes principales : seules, 68 fois sur 100 ; associées à d'autres, 32 fois sur 100. La syphilis, dans la statistique de Greidenberg, est cause de la paralysie générale dans 62,6 % des cas, l'alcoolisme dans 40 %; l'hérédité dans 20,8 %, les causes morales dans 9 % et les traumatismes dans 5,2 %. Chez 3 malades, on trouve réunis syphilis, alcoolisme et hérédité. Enfin, la syphilis et l'alcoolisme sont unis comme causes chez 14,3 % des malades. »

Dans un récent travail, MM. *Mairet et Virets* attribuent surtout la paralysie générale, dans leurs observations, à l'hérédité arthritique, cause de fonds, aidée de circonstances adjuvantes, telles que les émotions morales, le traumatisme, les infections, la cérébralité ou hérédité cérébrale qui ont pour effet de localiser du côté du cerveau le processus morbide réalisé par la diathèse. L'alcoolisme chronique produit pour eux la paralysie générale vraie, mais non d'emblée et seulement après une longue période préparatoire. La syphilis, elle, ne détermine qu'une

paralysie cérébrale à forme générale ou mieux une paralysie générale syphilitique.

« Quant aux infections aiguës, incapables de créer de toutes pièces la paralysie générale, elles créent une prédisposition ou constituent une provocation. Le traumatisme et les excès divers ne conduisent à la paralysie générale que sur un terrain préparé.

« Le grand défaut de cette méthode de statistiques, si bien faites qu'elles soient, c'est d'établir une confusion entre toutes les causes et leur mode d'action, de mettre, par exemple, sur le même rang les influences héréditaires, l'alcoolisme, la syphilis, les excès, les chagrins, etc. Il est indispensable, en effet, et on a toujours procédé ainsi, de séparer les aptitudes à certaines maladies qu'un individu apporte en naissant, et qui sont les causes prédisposantes, de celles qui le frappent accidentellement à une période déterminée de la vie ; celles-ci sont les causes déterminantes. Il faut aussi préciser, en même temps que sa fréquence, l'importance de chaque facteur, de façon à établir, dans la mesure du possible, une véritable échelle de probabilités étiologiques. Agir autrement, c'est créer le chaos, c'est faire la statistique du pêle-mêle. »

En somme, malgré l'extrême multiplicité des causes énumérées, il en est deux qui se détachent constamment de l'ensemble avec une supériorité frappante : nous voulons parler de l'alcoolisme et surtout de la syphilis. C'est déjà là un fait important à signaler.

Passons maintenant à la théorie des causes limitées plus ou moins spéciales et systématiques.

« Ici, les causes prédisposantes et les causes déterminantes sont nettement séparées. En ce qui concerne les premières, certains admettent que la prédisposition héréditaire, dans la paralysie générale, n'est pas sensiblement différente de celle de la folie ; d'autres estiment qu'elle est surtout congestive et cérébrale et que, lorsqu'elle affecte le type vésanique, elle donne naissance aux paralysies générales dans lesquelles prédominent les phénomènes délirants.

« Quant aux causes déterminantes, nous allons passer rapidement en revue les principales de celles invoquées par les partisans d'une étiologie plus ou moins spéciale.

« Quelques auteurs attribuent une importance plus ou moins grande au *traumatisme*, tels Vallon, Meschede et Van Devanter qui, sur 101 cas, le reconnaît 12 fois comme le facteur essentiel. »

En réalité, le traumatisme est plutôt la conséquence que la cause de la paralysie générale.

« Les causes morales ont toujours été considérées comme jouant un rôle important dans l'étiologie de la paralysie générale, causes morales signifiant à la fois chagrins, émotions vives, excès de travail intellectuel, et, pour tout dire d'un mot, surmenage. L'action des causes morales a été surtout soutenue par M. Christian, qui a exposé son opinion dans de nombreux travaux.

« Il n'est douteux pour personne que beaucoup de paralytiques généraux ont abusé de la vie et se sont surmenés sous toutes les formes. Les causes morales doivent, par conséquent, influer sur la production de la paralysie générale ; mais ce sont là, au fond, des causes banales qu'on trouve à l'origine de toutes les maladies ou tout au moins du plus grand nombre, et qui, en ce qui concerne particulièrement les affections mentales, agissent avec plus de fréquence et d'intensité dans certaines vésanies, telles que la lypémanie, que dans la paralysie générale. Il suffit, pour se convaincre, d'étudier la paralysie générale en dehors du milieu intellectuel, par exemple chez les ouvriers et chez les femmes, où elle devient de plus en plus fréquente ; il suffit surtout de l'étudier chez les adolescents, trop fraîchement entrés dans la vie, pour avoir pu être soumis à aucune cause morale vraiment importante. Même dans le monde des gens d'affaires et dans celui des professions libérales d'ailleurs, beaucoup d'individus deviennent paralytiques généraux après avoir toujours eu la vie la plus calme et la plus heureuse. Si donc le surmenage peut, dans certains cas où il existe d'autres facteurs étiologiques sérieux, favoriser ou hâter l'éclosion de la paralysie générale, il faut reconnaître que son action ne dépasse guère ces limites et qu'elle n'a pas dans le développement de cette maladie, la part prépondérante que quelques auteurs ont bien voulu lui attribuer.

« De tout temps, on a regardé l'alcool comme un des plus grands agents provocateurs de la paralysie générale, et cette opinion compte toujours un assez grand nombre de partisans. Elle s'appuie sur plusieurs considérations. C'est d'abord que beaucoup de paralytiques généraux ont fait des excès de boisson. Cela est vrai, mais il faut remarquer que, parmi eux, il en est qui n'ont commencé à boire qu'au début de leur maladie et sous l'influence excitante. Les excès dans ces cas sont, nous l'avons vu pour le traumatisme, plutôt la conséquence que la cause de la paralysie générale.

« Mais les défenseurs de cette étiologie s'appuient surtout sur le parallélisme qui leur semble exister entre l'accroissement de la paralysie générale et celui de l'alcoolisme, thèse soutenue principalement par M. le Dr Garnier au Congrès international de médecine mentale en 1889. En principe, un parallélisme de ce genre ne prouverait rien, car il peut y avoir simple coïncidence. »

Tous les auteurs n'admettent pas, en effet, qu'il y ait une véritable relation entre l'alcoolisme et la paralysie générale. Plus nombreux sont ceux qui croient à l'influence de la syphilis.

Nous n'avons pas à énumérer ici toutes les raisons qui plaident en faveur de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale, cette énumération nous entraînerait trop loin. Qu'il nous suffise de rappeler d'un mot les plus importantes de celles qui ont été mises en lumière dans ces dernière années :

1° La syphilis se montre d'autant plus fréquente, dans la paralysie générale, qu'elle est plus sérieusement recherchée ; elle manque surtout là où les renseignements font défaut.

2° Cette fréquence de la syphilis dans la paralysie générale existe partout, dans tous les pays et dans tous les milieux. Il n'en est ainsi d'aucune autre cause de paralsysie générale, quelle qu'elle soit. On peut, à la rigueur, voir la paralysie générale rare dans des pays à syphilis fréquente (Arabes, Serbes), ce qui s'explique très bien, comme l'a *dit M. Régis, par* le peu

de cérébralité de la syphilis chez ces peuples : mais on n'a jamais vu la paralysie générale fréquente dans des pays à syphilis rares, tandis que cela a lieu, nous l'avons vu, pour l'alcoolisque Bordeaux, Maison de santé : alcooliques 6 %, paralytiques généraux 38 % des aliénés.)

« 3° Tous les observateurs qui ont relevé, chez leurs malades, l'intervalle séparant l'infection syphilitique de la paralysie générale, ont trouvé le chiffre moyen de 12 à 14 ans. La syphilis se contractant ordinairement entre 20 et 30 ans, on a ainsi l'explication logique de l'apparition haituelles.deCe paralysie générale aux environs de 40 ans. Ce caractère essentiellement climatérique de la paralysie générale, devient inexplicable avec toute autre cause, en particulier avec l'alcoolisme qui devrait la produire à tout âge, mais surtout beaucoup plus tard, par l'accumulation même des excès.

« 4° Dans les différents pays, milieux, sexes et professions, la paralysie générale est d'autant plus fréquente, que les individus sont plus exposés à la syphilis. Telles, par exemple les prostituées qui, éhez la femme, lui paient de beaucoup le plus large tribut.

« 5° La paralysie générale juvénile ou des adolescents, qui compte aujourd'hui environ 80 cas avérés, est manifestement due à l'hérrdo-syphilis. Or, comme le dit M. Régis, qui a pris une part prepondérante à son histoire, cette constatation, vu l'absence de toute autre cause présumable, en raison même de l'âge des sujets, prend la valeur d'une véritable démonstration étiologique.

« 6° La paralysie générale dite *conjugale* ou chez les deux époux, dont on signale des faits de plus en plus nombreux reconnaît également pour cause la syphilisation réciproque des deux conjoints.

« On en peut rapprocher la paralysie générale *multiple*, celle qui atteint successivement plusieurs individus ayant contracté la syphilis à la même source.

« Tous ces arguments, auxquels on en pourrait ajouter bien d'autres qui vont se multipliant de jour en jour, donnent une certitude de plus en plus grande à la base syphilitique de l'étiologie de la paralysie générale. Aussi Krafft-Ebing, l'émineni professeur de psychiatrie de Vienne, résumant en deux mots frappants tout ce que comprend cette étiologie, a-t-il pu dire au Congrès international de Moscou, an 1897 : « La paralysie générale est une maladie de *civilisation* et de *syphilisation*. »

« Professer que la paralysie générale tire son origine principale de la syphilis, ce n'est pas pour cela rejeter toute autre cause. Déjà nous avons vu que les partisans de cette opinion admettaient pour la plupart une prédisposition, les uns cérébrale, les autres psychopathique ; de même, ils reconnaissent qu'occasionnellement l'action de la syphilis peut être favorisée par des facteurs adjuvants.

« Il y a plus. Dans ces derniers temps, une opinion s'est fait jour qui, tout en corroborant le rôle étiologique essentiel de la syphilis, tend à le définir de façon plus exacte. Elle consiste à penser que la syphilis, comme producteur de paralysie générale, agit non pas en tant que syphilis, mais en *tant* que maladie infectieuse ; et que si elle est l'infection pathogène la plus active et la plus fréquente vis à vis la paralysie générale, toutes les autres infections, même, dans certaines circonstances, les affections aiguës, peuvent, bien que plus rarement, la produire. C'est là la théorie *infectieuse* de la paralysie générale, substituée à la théorie tout à fait exclusive de la *syphilis*. M. Régis et M. Klippel représentent surtout cette théorie ; avec la différence que, pour M. Régis, l'infection, habituellement la syphilis, agit comme cause *déterminante* pour produire la paralysie générale chez un sujet déjà cérébralement *prédisposé*, tandis que, pour M. Klippel, la syphilis agit comme cause *prédisposante* pour préparer le terrain à une autre cause toxique qui provoquera la paralysie générale.

« Tel est, exposé d'une façon sommaire, l'état actuel de la science, en ce qui concerne l'étiologie de la paralysie générale. Il en résulte que l'accord des esprits est loin d'être fait, au moins d'une façon complète, mais que la tendance à considérer la paralysie générale comme une maladie post-infectieuse, et en particulier post-syphilitique, prédomine et s'accentue de plus en plus. Dans ces conditions, aucun des points qui touchent à cette question de l'étiologie de la paralysie générale n'est indifférent, si restreint soit-il en apparence ; car c'est par le groupement des faits particuliers, ainsi eclaircis, que la lumière complète finira par se faire sur le sujet.

« Parmi ces points, il en est un qui, bien que signalé succinctement par quelques auteurs, n'a jamais fait l'objet d'un travail d'ensemble : C'est celui qui concerne la rareté de la paralysie générale dans certains milieux et dans certaines professions, par exemple, chez les religieux. »

— Jusqu'ici, tout traitement ayant échoué, nous devons nous borner à une prophylaxie basée sur ces données.

Dr PAUL HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Hommage à MM. Cézilly et Gassot.

Nos confrères ayant souhaité que partie du produit de la souscription fût consacrée à une œuvre de bienfaisance médicale, la souscription reste ouverte jusqu'à notre assemblée générale de novembre. Chaque fin de mois, nous publierons la liste des nouveaux souscripteurs. On tiendra à honneur d'y figurer.

Dr MAURAT, Dr JEANNE.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4.519. — M. le docteur PARDOUX, de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), membre de l'Association amicale des médecins français.

N° 4.520. — M. le docteur CHESNEL, de Chartres (Eure-et-Loir), membre de l'Association des médecins d'Eure-et-Loir.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 28 14 JUILLET 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Un gros succès

Aux Syndicats du Nord et du Pas-de Calais, à ceux qui furent leurs interprètes devant les conseils généraux de ces départements, revient aujourd'hui l'honneur de notre première page. Ils ont fait triompher là bas. devant la représentation du monde industriel, le drapeau du Concours Médical.

Aussi, bien haut, nous leur crions : Merci. Oui, merci au nom de tous les médecins de ces régions, pour qui les dangers du 2e paragraphe de la loi accidents sont devenus lettre morte, qui riront des menaces de Mesdames les Compagnies et qui, surtout, par ce succès légitime, auront appris ce que peut réaliser l'entente et sauront s'en servir sur d'autres terrains.

Merci, au nom du *Concours Médical*, dont ils vont terminer la dure campagne, ayant planté le drapeau sur la citadelle de la grande industrie.

Mais, surtout, merci au nom du reste du corps médical, qui ne doit plus avoir de repos tant que l'exemple, facile à suivre désormais, ne se sera pas généralisé partout.

Dès le mois de juin 1898, le Concours et le Syndicat de Versailles avaient indiqué le but où il fallait tendre.

La Gironde y parvint l'an dernier, mais à titre provisoire, et, malgré la belle tenacité de M. Lande, nous avions quelque crainte que la porte ne fût seulement entrebâillée.

Désormais celle-ci est ouverte à deux battants.

Le Bulletin du Syndicat de Lille nous donne in extenso le compte rendu de l'affaire. Afin d'être utile aux imitateurs en fournissant la documentation nécessaire, nous lui faisons la large place que mérite ce gros succès, mais non sans avoir félicité au préalable les Dron, les Richard-Lesay, les Lambin, les Derode, les Pollet, etc.... qui ont si vaillamment soutenu nos efforts depuis deux ans.

LE TARIF DE L'ASSISTANCE CHIRURGICALE DEVANT LE CONSEIL GÉNÉRAL DU NORD

Tarif à appliquer par le juge de paix, pour les honoraires des médecins appelés à donner leurs soins aux ouvriers victimes d'accidents du travail.

Le Président du Syndicat Médical du Nord avait envoyé au Préfet du Nord et à tous les docteurs faisant partie du Conseil général, le tarif dit de la Gironde et celui de *La Participation*, en leur demandant de faire adopter l'un ou l'autre de ces tarifs par le Conseil général du Nord. C'est le tarif de *La Participation* qui a été adopté, ainsi que le montrent les documents officiels qui suivent :

TARIF DES HONORAIRES MÉDICAUX
DÉCISION DU CONSEIL GÉNÉRAL DU NORD

Lille, le 15 *juin* 1900.

LE PRÉFET DU NORD,

à Monsieur le Docteur LAMBIN, Président du Syndicat Médical de Lille et de la région,

29, rue Brûle-Maison, à Lille.

MONSIEUR,

Comme suite à votre lettre du 13 mai dernier, j'ai l'honneur de vous adresser une expédition de la délibération en date du 27 avril dernier, par

laquelle le Conseil général a adopté le tarif proposé par la Société « *Le Concours Médical* », en ce qui concerne les honoraires dus pour les opérations chirurgicales.

Vous remarquerez que le Conseil général n'a pas entendu que ce tarif soit appliqué aux opérations pratiquées pour le compte du service de l'Assistance médicale gratuite, mais que sa décision est limitée, dans ses effets, à l'exécution de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Préfet du Nord,
L. Vingent.

CONSEIL GÉNÉRAL DU DÉPARTEMENT DU NORD

Session d'avril 1900

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX DES DÉLIBÉRATIONS

Assistance médicale gratuite. Tarif des Honoraires médicaux (2e B.)

Séance du vendredi 27 avril

IV. — Par une circulaire ci-jointe en date du 26 mars 1900, M. le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur, fait connaître qu'il y a lieu de fixer un tarif des honoraires dus pour les opérations de petite et de grande chirurgie, pratiquées pour le compte du service de l'assistance médicale gratuite, et m'invite, dans l'intérêt de la bonne exécution de la loi du 15 juillet 1893 et aussi de celle du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, à soumettre des propositions en conséquence au Conseil général dès sa session d'avril.

Jusqu'à ce jour, l'assemblée départementale n'a pas pensé qu'il soit nécessaire d'allouer des honoraires spéciaux aux médecins qui effectuent des opérations sur des personnes bénéficiant de l'assistance médicale gratuite, lorsque ces opérations peuvent être faites à domicile sans danger pour l'opéré. Les accouchements seuls donnent droit, au profit des médecins, à une rétribution tarifée, parce que les accouchées ont la faculté de faire appel au médecin ou à la sage-femme ; d'autre part, les opérations difficiles ou dangereuses sont généralement pratiquées dans les hôpitaux de rattachement, et la dépense qu'elles entraînent est comprise dans le prix de journée ; quant aux opérations à domicile, qui sont le plus souvent des opérations de petite chirurgie, on a considéré que le praticien en est rémunéré au moyen du traitement annuel qui lui est attribué par abonnement.

La circulaire ministérielle précitée envisage la question de tarification des honoraires pour les cas d'interventions chirurgicales, non seulement au point de vue de l'assistance médicale gratuite, mais aussi à celui de l'application de la loi sur les accidents du travail, dont l'article 4 dispose que, si la victime a choisi le médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu, quant aux frais médicaux, que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément au tarif adopté dans chaque département, pour l'assistance médicale gratuite.

Cette question ainsi posée présente donc un très sérieux intérêt dans une région dotée de nombreuses industries qui atteignent un développement exceptionnel.

M. le Préfet a l'honneur de prier le Conseil général de vouloir bien statuer sur la suite que lui paraîtra comporter la communication de M. le Ministre de l'Intérieur.

Le 2e bureau prie le Conseil général de bien vouloir adopter le projet de tarification dit du *Concours* et de la *Participation.*

M. Mention. — M. le Rapporteur ne pourrait-il nous donner un aperçu des prix fixés par cette Société ?

M. le Rapporteur. — J'ai communiqué à notre collègue M. Dron, les prix adoptés par le Conseil général de la Gironde et ceux du *Concours Médical* ; il m'a dit qu'à son avis, un plus grand nombre d'adhésions étaient venues à ces derniers de la part du corps médical. Je crois d'ailleurs que la circulaire vise surtout les départements où est appliqué le système vosgien, c'est-à-dire, celui qui laisse au malade la liberté de choisir son médecin.

M. Vandame. — Alors quel est l'intérêt pratique du tarif pour le département du Nord ?

M. le Rapporteur. — Aux termes de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail, lorsqu'un ouvrier victime d'un accident choisit son médecin, le juge de paix doit fixer la somme à payer d'après les tarifs de l'Assistance. Or ces tarifs n'existent pas et les juges de paix éprouvent de ce chef, de grands embarras.

— Les conclusions du rapport sont adoptées.

Le Conseil général n'a pas prévu et ne pouvait pas prévoir le certificat. Mais déjà, il est de jurisprudence que ce certificat, à produire à la mairie, est toujours dû par le patron, si la Compagnie d'assurances refuse de le payer, et de plus, tous les certificats établis en vue de la loi sur les accidents du travail sont tarifés à 5 francs par les juges de paix.

Il est donc facile de voir que le moindre accident nécessite le plus souvent une suture simple, un débridement, la régularisation de la plaie, ou encore l'enlèvement d'un ongle semi-détaché, puis deux ou trois pansements, et enfin un certificat. Tout cela fera monter les frais du moindre accident à 15 francs et souvent au delà. De plus, si le médecin est considéré comme un ennemi par la Société d'assurances, il pourra lui faire payer également le certificat pour la Compagnie. Ce tarif donnera donc satisfaction au médecin qui sera honorablement rétribué d'après la besogne faite par lui, et, de plus, il mettra fin au conflit entre les médecins et les Compagnies d'assurances, car ces dernières comprendront que le juge de paix, en se basant sur la décision du Conseil général, accordera toujours au médecin des honoraires supérieurs à ceux que la Compagnie nous propose comme suffisamment rémunérateurs.

Quelques médecins lillois avaient entrepris une campagne pour faire porter à 15 francs le forfait pour les accidents rentrant dans les deux premières catégories du tarif précédent, les Compagnies ont voulu résister, mais nous ne doutons pas que, d'ici peu, elles seront les premières à demander le forfait à ce prix, car, pour elles, la crainte du juge de paix sera le commencement de la sagesse.

D'ailleurs, une réunion aura lieu prochainement à Lille dans le but d'unifier pour le Nord et le Pas-de-Calais, les tarifs médicaux en cas d'accidents. Nous ne doutons pas que l'entente

entre tous les Syndicats ne soit facile et la discussion sera simplifiée devant le tarif d'assistance que nous venons de publier.

De plus, une réunion extraordinaire du Syndicat médical de Lille et de la région a eu lieu le vendredi 29 juin, et l'ordre du jour porte qu'elle sera consacrée également à l'étude de cette question. Nous espérons que les membres du Syndicat ont été présents en grand nombre ce jour-là, et que les décisions prises par cette Assemblée seront définitivement admises par tous les médecins et imposées à toutes les Compagnies, qui, d'ailleurs, savent bien que les réclamations des médecins sont très légitimes ; mais il faut bien comprendre que les actionnaires des grandes Compagnies ne céderont que le plus tard possible et chercheront toujours à gagner du temps, car, dans ce cas, il est certain que, pour les Compagnies d'assurances, le temps c'est de l'argent.

LA SEMAINE MÉDICALE

Tubage et trachéotomie.

M. le Dr Paul *Viollet* fait, dans la *Gaz. des Hôpitaux*, une étude parallèle du traitement du croup par le tubage, et la trachéotomie et après avoir passé en revue les statistiques de Paris, de Berlin, de Londres, de Vienne, il croit pouvoir tirer les conclusions suivantes, d'une grande utilité pratique :

La trachéotomie et le tubage surveillé donnant à peu près les mêmes chances de guérir l'enfant, la préférence doit être donnée au tubage, opération non sanglante, ne créant pas de plaie ouverte, ne laissant ni cicatrice, ni rétrécissement trachéal, dans les hôpitaux où les internes sont exercés au tubage et le service de garde régulièrement assuré ; à fortiori, en ville, si l'on peut placer près de l'enfant une personne sachant tuber, détuber et au besoin pratiquer une trachéotomie, c'est-à-dire un médecin ou un étudiant en médecine rompu à ces différentes manœuvres ; car, alors, les conditions seront encore meilleures qu'à l'hôpital, où l'interne de garde a tout un monde à surveiller et peut être occupé d'un côté, pendant qu'un enfant asphyxie d'un autre.

En sera-t-il de même, au cas où la surveillance ne pourra pas être aussi active? Nous ne le croyons pas ; si les appréciations de statistiques sont exactes, la mortalité par tubage surveillé ou trachéotomie s'équilibrant à peu près, l'adjonction à la mortalité du tubage surveillé, de la mortalité résultant de l'absence de surveillance (rejet ou obstruction du tube) devant augmenter cette mortalité dans une proportion variable, on ne peut être autorisé à le pratiquer dans ces conditions, et il vaut mieux recourir à la trachéotomie, en prenant du reste pour celle-ci toutes les précautions d'usage concernant la filtration et l'humidité de l'air inspiré. Une exception cependant pourra résulter de l'opposition absolue de la famille à la trachéotomie, malgré toutes les remontrances du médecin.

Il est bien évident, en effet, que si la famille professe une telle répulsion pour la trachéotomie, qu'elle ne doive l'autoriser qu'à la dernière extrémité, il vaudrait mieux pratiquer, de bonne heure, même sans surveillance, un tubage qui, *seul admis à temps* par la famille, aurait alors plus de chances de sauver l'enfant. Ces considérations ont une grande valeur dans une affection où la promptitude de l'intervention décidera souvent du succès.

Le tubage demande plus d'exercice que la trachéotomie et la pratique du tubage en ville, sans surveillance, présente certaines particularités qui en compliquent singulièrement l'application.

L'utilité de la vaccination.

Nous éprouvons, parfois, une indicible surprise en entendant des personnes instruites faire les esprits forts et hocher la tête d'un air de doute, quand on leur parle de la nécessité de la vaccination contre la variole. A elles, nous dédions ce petit fragment de statistique suggestive, qui en dit plus que toutes les conférences :

En Allemagne, où la vaccination est obligatoire. la mortalité par variole est, bon an mal an, de 0,4 pour 100.000 habitants.

En Suisse, où la vaccination est partiellement obligatoire, on a la proportion suivante : 0,8 pour 100.000 habitants.

En Autriche, où la vaccination n'est pas obligatoire, il meurt 54 personnes de la variole par an et par 100.000 habitants.

En France, où nous vivons sous le régime de la non-obligation, nous atteignons le chiffre de 35 décès par variole par an et pour 100.000 habitants.

« L'exemple de ce qui s'est passé dans ces derniers temps, à Porto-Rico, mérite également d'être relaté : cette île était depuis longtemps dévastée par la variole ; survint la conquête par les Américains. Ceux-ci décrétèrent la vaccination d'urgence pour toute la population : l'épidémie a cessé complètement. »

Rétention intra-utérine du fœtus mort.

Le fœtus mort retenu *in utero*, est-il dangereux pour la mère, si les membranes ne sont pas rompues et, par conséquent, s'il n'y a pas communication directe avec l'air extérieur ? Non, disent les classiques. Et cependant, M. *Chaleix* vient d'observer un fait qui semble prouver le contraire. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans qui, parvenue au cinquième mois d'une grossesse normale, éprouve subitement des douleurs hypogastriques violentes, précédées d'une perte vaginale abondante. Cette perte s'arrête sous l'influence du repos, mais les douleurs persistent. Pas de montée de lait. Au bout de quelques jours, écoulement séro-sanguinolent de mauvaise odeur ; état général mauvais. Grand frisson. T. 39°5. Cet état persiste en s'aggravant. Pas d'albumine.

M. Chaleix, en présence de ces accidents, se décide à provoquer manuellement l'évacuation de l'utérus. Il introduit successivement et avec difficultés trois doigts dans le col. Dès l'introduction du troisième doigt, la main tout entière a pénétré dans le vagin et prend un point d'appui sur la paroi postérieure du vagin. Rupture de la poche des eaux ; il s'écoule un liquide

crémeux brun, d'odeur très fétide. Notre confrère attire à l'orifice cervical la tête, assez volumineuse ; elle le franchit à la faveur d'une traction sur le cou. Introduction facile de la main dans l'utérus et extraction d'un placenta volumineux, noirâtre, très fétide. Longue injection vaginale, puis utérine, au permanganate de potasse à 50 centigr. pour 1000. Ces manœuvres ont duré, en tout, une demi-heure.

Le surlendemain, apparition d'ictère au niveau de la face et des mains. Température normale. Régime lacté. Dans la soirée, douleur brusque, intense, dans l'hypocondre droit. La température monte à 39°6. L'ictère se généralise. La douleur spontanée dans l'hypocondre droit est très intense à la pression. Le foie est augmenté de volume ; son bord inférieur dépasse de 6 centimètres les fausses côtes. Vomissements alimentaires ; aucune substance, même la glace, n'est tolérée. Les urines, contiennent des pigments biliaires en abondance.

Les jours suivants, le foie augmente encore de volume ; il arrive à dépasser de 11 centimètres le rebord des fausses côtes. Les urines sont devenues rares, albumineuses ; elles contiennent de l'urobiline et de l'hémoglobine.

Ces accidents hépatiques, qui s'étaient produits en deux poussées successives, se sont amendés ; la température est tombée peu à peu à 38°5, puis à 37°, elle est même restée pendant plusieurs jours au-dessous de la normale. L'urine, dont l'émission n'avait été que de 600 gr., est remontée à 1800 gr. Le foie est revenu peu à peu à ses dimensions normales. La malade guérit complètement.

Diagnostic de la tuberculose par l'odeur des crachats.

Le prof. *Ferran*, de Barcelone, signale un procédé ingénieux pour faire un diagnostic certain de tuberculose pulmonaire, par l'odeur des crachats. Ce procédé est basé sur l'observation du fait suivant : dans les ulcérations des poumons tuberculeux, à côté du bacille de Koch, végète une forme ou un état saprophytique du même bacille, qui, en plus des conditions les meilleures qu'il réunit pour la propagation de la tuberculose, possède le caractère très remarquable de produire une quantité de *spermine* telle que l'odorat peut la reconnaître distinctement ; pour ce motif, il n'est pas nécessaire de recourir au réactif de Poëhl, pour rendre manifeste cette spermine.

Or, si l'on favorise la végétation de ce bacille par un milieu approprié, non seulement les indications du microscope conservent une parfaite harmonie avec la réaction olfactive constante de la spermine, mais il arrive en outre que dans les cas où les bacilles de Koch étant peu abondants, le diagnostic à l'aide du microscope devient douteux et difficile, le simple odorat supplée admirablement aux insuffisances de l'examen optique. Ainsi donc, même sans l'aide du microscope, il est facile de confirmer le diagnostic clinique, grâce à la propriété dont jouit le bacille de Koch de produire, dans les conditions où il vit dans les poumons, des races tuberculogènes productrices de spermine.

Le succès de la nouvelle méthode réside principalement dans le choix d'un milieu de culture à la fois très favorable au développement de l'état saprophytique du bacille de Koch, et peu fertile pour les autres microbes, qui l'accompagnent dans les crachats. Ce milieu est le sérum de mouton ou mieux le sérum de mouton hyperimmunisé par la culture du même bacille. Il faut remarquer que, bien que cela paraisse étrange, ce sérum ne s'oppose pas au développement de ce bacille et détermine seulement son agglutination, quand on l'ajoute en petite quantité à une culture déjà développée. Le sérum de cheval et celui de mulet favorisent aussi la production de la spermine, mais non avec la même intensité que le sérum de mouton hyperimmunisé.

Quand on dispose de ce sérum, rien de plus facile que de déterminer si un crachat provient ou non d'un foyer de tuberculose pulmonaire.

Voici comment : On prend un vase stérilisé d'environ 15 c.c. de capacité ; on y verse 10 c.c. de sérum ; puis, avec un stylet ou un autre instrument approprié, on y ajoute trois ou quatre millimètres cubes du crachat suspect. On agite un peu le crachat dans le sérum, et on laisse le verre découvert dans une armoire, ou simplement sur une table, à la température ambiante si c'est en été ; à l'étuve si c'est en hiver.

Généralement, au bout de 36 heures et parfois avant, en approchant les narines de la surface du sérum, on perçoit déjà distinctement l'odeur de sperme humain, due à la spermine produite par notre bacille.

L'odeur de spermine n'apparaît pas quand le crachat provient de poumons qui ne sont pas atteints de tuberculose.

La gastérine.

Le Dr *Frémont*, de Vichy, continue ses recherches sur le suc gastrique animal, qu'il administre aux dyspeptiques et que, pour une raison purement morale et suggestive, il dénomme la gastérine.

Son procédé d'extraction du suc gastrique consiste :

1° A séparer l'estomac de l'œsophage et du duodénum par deux sections portant sur le cardia et sur le pylore, sans intéresser les vaisseaux et les nerfs ; 2° à aboucher l'extrémité inférieure de l'œsophage avec l'extrémité supérieure du duodénum pour rétablir la continuité du tube digestif ; 3° à fermer enfin les deux orifices de l'estomac, qui est alors complètement isolé. Il fournit du suc gastrique pur (par action réflexe) quand on donne à manger à l'animal. Pour le recueillir, une fistule est créée au niveau de la paroi abdominale de la façon suivante : on sectionne la musculaire, perpendiculairement, puis la muqueuse à cinq millimètres, et obliquement ; un tube en caoutchouc maintient ce bec de flûte pendant quatre ou huit jours ; dans la suite, une sonde soulève cette valve vivante pour faire couler à volonté la sécrétion qui se conserve automatiquement dans la poche stomacale isolée.

Il est absolument indispensable de respecter les vaisseaux et les nerfs pneumogastriques.

La gastérine ainsi obtenue, est un suc physiologique absolument normal. Elle renferme peu d'acide chlorhydrique fortement combiné parce qu'elle ne contient pas de substances albuminoïdes étrangères ; les sucs recueillis par

d'autres procédés sont impurs, car ils renferment de la salive et des résidus alimentaires. Au reste l'acide chlorhydrique ne se forme pas par action digestive, mais par une action chimique. La gastérine ne peut être assimilée à une solution d'acide chlorhydrique, car presque tous les chimistes, parmi lesquels M. le professeur A. Gautier, disent que l'acide chlorhydrique n'est jamais absolument libre dans le suc gastrique.

Or, d'après ses nombreuses observations, le Dr Frémont conclut que cette gastérine animale est le type de l'opothérapie stomacale. Elle convient dans tous les états de sécrétion insuffisante de l'estomac, sauf le cancer. Dans les insuffisances aiguës, elle guérit rapidement ; dans les insuffisances chroniques, elle soulage toujours, guérit souvent. Elle est contre-indiquée dans l'hyperchlorhydrie, sauf aux moments d'embarras gastrique, car alors il y a hypochlorhydrie plus ou moins passagère.

Le séro-diagnostic de la tuberculose.

M. E. *Benedix*, assistant du professeur Von Leyden, de Berlin, a fait l'examen du sérum de 36 tuberculeux, au point de vue du phénomène de l'agglutination de Gruber-Widal.

Sur les 36 sujets en question, la constatation de la tuberculose avait été faite pour 28 malades, au moyen de l'examen des crachats.

Deux fois seulement la réaction a fait défaut et, les deux fois, il s'agissait de tuberculeux à marche rapide.

« Parmi les malades qui ont donné lieu aux constatations positives, il en est chez qui la tuberculose fut une trouvaille accidentelle : une malade était entrée à l'hôpital pour de la diphtérie. Une autre était entrée pour un érysipèle de la face et était porteur de quelques adénites qui avaient dû être incisées quelques années auparavant ; on trouva, chez elle, de l'affaiblissement de la respiration avec prolongation de l'expiration au sommet d'un poumon ; et pour cette femme le sérum agglutinait encore les bacilles à une dilution de 1/50. Des cas de tuberculose au début déterminaient l'agglutination à 1/40 (deux fois), à 1/20, à 1/15.

« Une femme à antécédents tuberculeux paternels avait eu de la pleurésie des deux côtés ; en 1891, elle avait été traitée par les injections de tuberculine de Koch et on avait alors trouvé des bacilles dans ses crachats. Revenue à l'hôpital pour une sciatique, guérie de sa tuberculose, en apparence (pas de bacilles dans l'expectoration), elle avait un sérum agglutinant les bacilles à la dilution de 1/20. Chez des malades atteints de tuberculose à marche très lente (elle durait depuis vingt ans dans un cas) l'agglutination ne faisait encore de 1/20 à 1/30.

« Chez les malades à tuberculose grave et rapide, avec poussées de fièvre intense, l'agglutination se faisait à peine à 1/10, à 1/5 même. Dans un cas primitivement assez bénin et dont l'agglutination se faisait encore à 1/30, celle-ci ne se produisit plus qu'à 1/15 quand la maladie eut pris une marche rapidement progressive.

« Il semble donc que, dans les cas graves, le phénomène de l'agglutination soit entravé comme par une anti-agglutinine. Quoi qu'il en soit, il faudrait conclure que, dans la tuberculose, l'examen de l'agglutination par le sérum a non seulement de la valeur pour le diagnostic, mais encore pour le pronostic, des phénomènes d'agglutination très marqués indiquant généralement une tuberculose moins grave.

« D'ailleurs Arloing et Courmont, chez les animaux, ont trouvé que plus l'animal inoculé par la tuberculose était résistant à la maladie, plus les phénomènes d'agglutination étaient intenses ; au contraire, plus était grande la virulence de la culture employée, moins était marquée cette agglutination. (*Bull.médical.*)

Le sérum de Maragliano a des propriétés agglutinatives marquées ; l'ancienne tuberculine de Koch est sans action.

Prophylaxie du cancer.

Malgré l'ignorance à peu près complète, où nous nous trouvons encore, de nos jours, en ce qui concerne l'étiologie du cancer, il est permis de rechercher les principaux moyens que l'observation quotidienne semble justifier pour s'en préserver et en préserver l'humanité tout entière.

M. le Dr *Behla* (*Deutsch. Med. Zeit.*) conseille de prendre les mesures suivantes que nous empruntons au *Scalpel* :

L'observation semblant démontrer que le cancer est fréquent dans les endroits où existent des marécages, des fossés remplis d'eau stagnante et entourés d'arbres ou de forêts, au voisinage des cours d'eau, il est à conseiller de ne point utiliser ces eaux pour la boisson ou tout au moins de ne les boire qu'après ébullition. On ne s'en servira pas non plus pour laver le linge, la vaisselle, les habitations, ni pour arroser les jardins.

Les végétariens veilleront à ce que les légumes crus (salades, etc.) dont ils font usage ne soient point lavés avec ces eaux. Le mieux sera de ne faire usage que de légumes cuits.

Il est incontestable que le cancer est, jusqu'à un certain point, héréditaire dans certaines familles. Aussi les unions consanguines entre membres de familles sujettes à cette affection, doivent-elles être interdites.

On connaît également des faits de transmission directe de cancer entre conjoints ou à la suite d'inoculation ; il est très vraisemblable que les sécrétions carcinomateuses propagent la maladie. On ne se servira pas, sans désinfection préalable, d'objets ou de linges ayant appartenu à des cancéreux. Guelliot aurait constaté la transmission du cancer des lèvres par la pipe.

La transmission directe (garde-malades) se fait surtout aux endroits fréquemment touchés par les mains souillées : le nez, les oreilles, la bouche, les joues, les lèvres, les paupières, tandis que le dos où l'on ne porte d'habitude pas les mains est généralement épargné. En outre, les personnes qui ne se lavent pas ou rarement, sont plus souvent atteintes de cancer de la figure.

Les médecins et infirmiers se désinfecteront soigneusement les mains après avoir pansé les cancéreux.

Enfin, on extirpera le plus tôt possible (et cela surtout dans les familles sujettes au cancer) les tumeurs d'apparence bénigne, telles que fibromes, adénomes du sein, etc. Il n'est en effet pas

rare de voir ces tumeurs — surtout après des traumatismes, des irritations, des maladies fébriles, — se transformer en carcinomes.

L'angine de Ludwig.

D'après M. *Bonnette*, voici, en quelques mots, les symptômes principaux de l'angine de Ludwig ou phlegmon septique de la région sus-hyoïdienne :

a) Gonflement ligneux, en cuirasse, de la région sus-hyoïdienne (cou proconsulaire) ;

b) Saillie notable du plancher buccal dans l'intérieur de la bouche ;

c) Bourrelet muqueux, dur, comblant le sillon maxillo-lingual à la face interne de l'arcade dentaire inférieure ;

d) Phénomènes généraux graves : fièvre, frissons, salivation, gêne respiratoire, contracture des masseters, déglutition pénible.

Le traitement local sera le suivant :

Sans délai, anesthésie chloroformique, désinfection du champ opératoire, incision sous-maxillaire de 6 centimètres comme pour découvrir la linguale à son lieu d'élection.

Diviser la peau, le peaucier, l'aponévrose cervicale, ouvrir la loge de la glande sous-maxillaire, la faire récliner en haut.

Reconnaître et effondrer avec la sonde cannelée ou le doigt le mylo-hyoïdien.

Issue de quelques gouttes de pus *peu abondant, mais fétide.*

Lavages au sublimé ou à l'eau oxygénée (deux à trois cuillerées à soupe par litre), drainage, pansement. Guérison en vingt jours ou mort rapide par septicémie.

Comme, dans l'angine de Ludwig, l'intoxication est prompte et la sidération du bulbe rapide, l'indication la plus pressante est celle d'*ouvrir largement et sans retard.*

S'il y a menace d'intoxication (collapsus cardiaque), injections d'éther, de spartéine, d'huile camphrée ou de sérum artificiel à faible dose (80 centimètres cubes).

Un signe de présomption de tuberculose pulmonaire chez l'enfant.

Voici, d'après M. le Dr L. Derecq, très habitué à l'examen des enfants tuberculeux, un signe de présomption de tuberculose pulmonaire, qui a une réelle valeur :

A l'inspection du thorax mis à nu, on voit que la peau est le siège d'une circulation supplémentaire formée de nombreuses arborescences veineuses, assez grosses.

Cette circulation supplémentaire est un signe qui accompagne les phénomènes du début de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant.

Elle ne doit pas être confondue avec les vaisseaux veineux fins, que l'on voit aisément former un riche réseau sous la *peau fine et transparente* (Landouzy) reconnue comme propre aux prédisposés à la tuberculose pulmonaire.

Cette circulation supplémentaire acquiert une valeur séméiologique à nos yeux, quand elle est constatée chez des sujets offrant à l'examen de l'adénopathie cervicale et bronchique, de l'érosion dentaire (Georges Petit) et des modifications dans la densité du poumon, reconnaissables à l'auscultation et à la percussion, modifications fort difficiles souvent à déceler chez l'enfant qui respire défectueusement en présence du médecin.

Cette circulation supplémentaire peut être observée, sur un côté du thorax ou sur les deux à la fois, au niveau des sommets ou des bases. Le plus souvent elle occupe les téguments de la partie de la paroi thoracique derrière laquelle, et immédiatement, on découvre le territoire pulmonaire siège de l'infiltration bacillaire.

Plus fréquemment observée dans la forme commune, on l'observe aussi dans les formes miliaires aiguës. Elle doit être regardée comme un signe de la première heure, et tire de là, sa réelle valeur. Dans plusieurs cas, elle a suffi pour éveiller l'attention, et a fait songer à rechercher l'existence d'un processus tuberculeux chez des enfants, que nul jusque-là n'avait suspectés.

La circulation supplémentaire disparaît fréquemment dès l'apparition des premiers signes de ramollissement ; néanmoins on l'a vue persister jusqu'à la période ultime de la maladie.

Traitement des chaleurs de la ménopause

Entre autres troubles fort pénibles provoqués par la ménopause, les chaleurs et les bouffées passent pour les plus fréquentes et les plus tenaces, malgré tous les essais de traitement.

M. Gottschalk préconise un traitement qui a pour avantages d'être simple, facile et, dit-il, très efficace. Il consiste à faire prendre régulièrement tous les soirs, à la femme atteinte de « chaleurs » un bain chaud (40° C) de vingt minutes de durée. Au bout de quelques bains l'amélioration se fait déjà sentir ; au bout de 26 à 28 bains, la guérison est complète.

A l'appui de son assertion, M. Gottschalk rapporte deux observations de femmes âgées, l'une de trente-huit ans et l'autre de quarante-deux ans, qui avaient subi l'ablation de l'utérus et des ovaires et dont les accidents de ménopause artificielle ont rapidement cédé à l'usage quotidien des bains chauds.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'urobiline comme élément de pronostic dans les troubles fonctionnels du foie.

Il y a deux ans, j'ai fait connaître, dans un article paru dans ce journal, le résultat de mes observations au sujet de la signification favorable que l'on pouvait tirer des variations de l'urobiline, dans les urines, à la suite d'un traitement par les eaux alcalines. Dans cet article, je soutenais, contrairement à l'opinion classique accréditée, que l'urobiline, dans le cas particulier, n'était pas l'indice d'un foie défaillant et bien plus, que son augmentation même dans les urines indiquait très nettement l'amélioration des fonctions hépatiques. Ces idées paradoxales viennent cependant de recevoir un commencement de confirmation grâce à la thèse récente de doctorat en pharmacie de E. Gautrelet (Paris, O. Berthier, 1900), thèse intitulée : « Spectroscopie critique des pigments urinaires normaux ».

Dans cet ouvrage, en effet, l'auteur, dont la compétence en matière urologique est admise

par tout le monde, sape dans ses fondements la doctrine classique des pigments urinaires et considère l'urobiline comme un pigment urinaire normal, physiologique, dont le centre de fabrication est, avant tout, hépatique.

Certes, cet appui est important pour la thèse que je défends, car jusqu'ici, n'enseignait-on pas cette équation : urobiline égale dyshépatite : c'est donc bien une véritable révolution qui se prépare dans cet ordre d'idées.

Aujourd'hui, la question de l'urobiline reste très complexe et il existe de multiples causes d'erreurs dans l'interprétation du fait de sa présence dans les urines ; c'est ainsi que l'erreur peut provenir, soit dans la difficulté de l'appréciation des variations d'intensité de couleur que l'on est obligé d'observer par le procédé colorimétrique (Procédé Cordier), que j'utilise dans mes recherches ; soit de la provenance elle-même de l'urobiline qui peut être hépatique, hématique, histogénique, néphrogénique, enterorganique et médicamenteuse.

Je n'en persiste pas moins dans les conclusions séméiologiques, que j'ai précédemment formulées. A savoir : Les eaux chaudes alcalines prises à jeûn, à dose refractée, 60 à 160 grammes, modifient les troubles fonctionnels hépatiques, si l'on constate, vers le 8e jour de la cure, l'augmentation de la teinte urobilinique. Pour avoir des résultats comparables, j'opère sur l'urine de la nuit fraîchement émise, car l'exposition à l'air développe le pigment urobilinique. Cette augmentation de l'urobiline persiste 4 à 5 jours, puis l'état reste stationnaire, ou du moins les variations sont inappréciables par le procédé colorimétrique. Il en serait peut-être autrement avec la spectroscopie qui, est bien plus sensible ?

Tel est l'ensemble du phénomène urologique que j'ai observé et qui constitue, à mon avis, un réactif excellent de l'action des eaux alcalines. Loin de moi la pensée de vouloir exposer une théorie complète de l'action de ces eaux sur le foie, je veux seulement émettre cette hypothèse qui s'harmonise avec les données actuelles de la science et de l'empirisme.

C'est ainsi qu'il est d'observation courante, que certaines eaux alcalines, congestionnent activement le foie, au point même de le rendre douloureux spontanément. Or l'urobiline, pigment dérivé du sang par l'oxyhémoglobine, croît en raison directe du ralentissement de la circulation du sang dans le foie ; donc chaque fois que l'eau alcaline est capable de modifier la circulation hépatique et d'y provoquer une pléthore bienfaisante, il faut s'attendre à une augmentation de l'urobiline. La notion de cette correspondance constitue en somme tout simplement le signe que j'ai mis en évidence.

D'autre part, on peut tirer un corollaire de la constatation de l'augmentation de l'urobiline, corollaire, il est vrai, qui n'est plus soumis à la discussion. Pendant longtemps, en effet, on enseignait, sur la foi de Trousseau, que les eaux alcalines étaient anémiantes et à cet effet on dressait à tout instant le spectre de la cachexie alcaline. Cette erreur, heureusement, a été confondue surabondamment; aussi peut-il paraître superflu d'y ajouter cette autre preuve ? Néanmoins, je vais tout simplement l'esquisser, car elle découle de la constatation de l'urobiline. On sait, en effet, qu'entre les deux pigments urinaires, urobiline et uroérythrine, il existe une relation inverse que l'uroérythrine contient la molécule ferrugineuse de l'oxyhémoglobine, et qu'ainsi l'urobiline augmentant, il y a conservation du fer, d'où absence d'anémie.

Dr Gannat.
(de Vichy).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Hommage à MM. Cézilly et Gassot.

Nos confrères ayant souhaité que partie du produit de la souscription fût consacrée à une œuvre de bienfaisance médicale, la souscription reste ouverte jusqu'à notre assemblée générale de novembre. Chaque fin de mois, nous publierons la liste des nouveaux souscripteurs. On tiendra à honneur d'y figurer.

Dr Maurat, Dr Jeanne.

A côté des lettres qui accompagnent les envois des souscripteurs, il nous plaît de conserver les témoignages publics adressés à notre Directeur et à son dévoué lieutenant, par les collègues journalistes qui les ont vus à l'œuvre. Voici celui du *Journal de médecine de Bordeaux*, auquel la Rédaction du *Concours* envoie ses remerciements :

Le *Concours médical*, organe de la Société professionnelle du même nom, a ouvert une souscription parmi ses membres pour offrir une œuvre d'art à M. Cézilly, son fondateur, et à M. Gassot, son principal collaborateur, à titre de reconnaissance pour les éminents services qu'ils ont rendus à cette Société et au corps médical tout entier.

Nos deux vaillants confrères sont depuis plus de vingt ans sur la brèche. Le témoignage de gratitude qui leur est publiquement décerné leur fait le plus grand honneur, mais il honore en même temps la Société qui en a pris l'initiative. Nous y applaudissons des deux mains, comme nous l'avons fait récemment pour le Dr Gélineau, cet autre apôtre de la solidarité et de la prévoyance médicales, à l'occasion de sa décoration. Gélineau avait reçu, lui aussi, un éclatant témoignage de reconnaissance de la part des membres de la grande Société professionnelle, dont il est le fondateur.

Ces exemples sont réconfortants et doivent être un encouragement pour leurs successeurs. La souscription du *Concours médical* dépasse déjà 2,000 francs. »

L'encombrement médical.

Monsieur le Directeur,

La limitation du nombre des médecins, par voie de concours, est, sans contredit, le seul remède à opposer au flot toujours croissant d'étudiants qui envahit nos facultés. Le corps médical, comme on l'a si bien dit jusqu'à présent, ne pourra que gagner tant au point de vue scientifique que moral, à la sélection que vous réclamez, et le public est le premier intéressé à ce que, ceux qui ont mission de conserver sa santé, soient les plus recommandables à tous les points

de vue. Il faut donc limiter : cela est parfaitement entendu. Mais comment passer de la théorie à la pratique. Mais comment faire entendre aux pouvoirs publics que la société est menacée par cette pléthore et qu'on a le devoir d'y remédier promptement ?

N'avons-nous pas des députés-médecins ? Ne les envoie-t-on au Palais-Bourbon que pour s'occuper des questions qui n'ont pas trait à notre profession, eux qui, pour la plupart, doivent tout à elle ?

Les professeurs de Faculté, les Doyens ne sont-ils pas qualifiés pour signaler le mal social et indiquer le remède que tout le monde réclame ?

Est-ce que nous tous, les prolétaires de la profession, les plus lésés dans cette concurrence terrible, nous ne pouvons pas réclamer en masse la justice qui nous est due ? On a écrit, dans votre journal, Monsieur le Directeur, que nous ne sommes pas arrivés à cet excès de mal qui impose une solution énergique ? Hélas ! je crains que nous n'y soyons en plein et il est grand temps, si on veut sauver quelque peu de notre prestige en train de disparaître, de réclamer des mesures radicales et promptes.

Veuillez agréer, etc.

Dr L., à B.

Monsieur le Directeur,

Dans sa lettre publiée au n° 22 du *Concours médical*, M. le Dr Duchesne m'accuse de lui avoir emprunté « les arguments, les comparaisons, les termes même » dont il se serait précédemment servi. Ceci est inexact.

Pour ne pas entamer une polémique qui serait déplacée dans le *Concours médical*, je prierai simplement le lecteur de comparer mon article avec ceux du Dr Duchesne, et il pourra facilement se rendre compte que j'ai émis des idées, développé des considérations que personne jusqu'ici n'avait présentées.

Veuillez agréer, etc.

Dr Boyer.
77, rue des Ayres, Bordeaux.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Cour d'appel de la Seine

AUDIENCE DU 16 MAI 1900

Exercice illégal du massage

Nous avons publié le jugement du tribunal de Versailles, rendu, sur la plainte du Syndicat, contre un soi-disant masseur de la région, qui s'est entendu condamner à 500 fr. d'amende et 15 jours de prison. (N° 9 du *Concours*.)

Sur appel respectivement interjeté par le Ministère public et le prévenu, et après le rapport de M. Levrier, conseiller, la plaidoirie de Me Houel, avocat, et les réquisitions de M. l'avocat général Bregeault, la Cour a rendu, le 16 mai 1900, l'arrêt dont suit la teneur :

« La Cour ;

« Sur le premier chef ;

« Considérant qu'aux termes de l'article 16 de la loi du 30 novembre 1892 « exerce illégalement la « médecine : 1° toute personne qui, non munie d'un « diplôme de docteur en médecine, prend part habituellement ou par une direction suivie au traitement des maladies ou affections chirurgicales « sauf les cas d'urgence avérée » ;

« Que le sens du mot traitement est général et s'entend de tout acte ou conseil tendant à la guérison ou à l'atténuation d'un état de malaise ou de maladie, et que ce sens ne saurait être arbitrairement restreint, comme le voudraient les prévenus, à la prescription de médicaments ou à la pratique d'opérations chirurgicales proprement dites telles, par exemple, que la réduction de luxations ou fractures.

« Considérant que l'opinion du rapporteur de la loi à la Chambre des députés, fût-elle constante et catégorique, ne saurait prévaloir contre les termes formels du texte ci-dessus rappelé qui ne permettent aucun doute ou interprétation ;

« Considérant, en fait, que, depuis moins de trois ans, dans l'arrondissement de Versailles, D. qui n'est muni d'aucun des diplômes visés par la loi, a dirigé d'une manière suivie le traitement d'affections chirurgicales et qu'il a soigné notamment S. pour une fracture à l'épaule et un déboîtement de la clavicule, le jeune S. pour une fracture de la jambe, et le sieur C. pour une luxation de l'épaule ;

« Considérant que ces agissements constituent des actes caractérisés d'exercice illégal de la médecine ;

Sur le deuxième chef :

« Considérant qu'il résulte des débats et des déclarations mêmes du prévenu qu'après avoir posé et redressé à sa manière la jambe broyée du sieur Ch. et l'avoir placée dans une grossière gouttière, il a conservé la direction des soins nécessités par l'état du blessé jusqu'au jour où il a reconnu enfin son impuissance et a eu le sentiment tardif de sa responsabilité ;

« Considérant qu'il est constant que ces pratiques, qui relèvent de la chirurgie, ont, par leur insuffisance et leur maladresse, entretenu, aggravé les désastres inhérents à la blessure et augmenté l'infirmité permanente qui en a été la conséquence ;

« Considérant par suite, que la Cour a, dès à présent, tous les éléments nécessaires pour statuer sur la prévention et qu'il n'y a lieu d'ordonner l'expertise demandée ;

« Adoptant au surplus les motifs des premiers juges qui ont bien arbitré la peine, en ce qu'ils n'ont rien de contraire à ceux du présent arrêt ;

« Pour ces motifs ;

« Confirme. »

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Société centrale de la Seine

Extrait du procès-verbal de la réunion du 18 février 1900.

Le Président, M. le Dr Bucquoy, expose l'objet de la réunion : adoption de statuts conformes à l'esprit des décisions prises par l'Association générale des Médecins de France.

Puis il conclut :

« Encore quelques mots et je termine. Vous remarquerez en entendant le rapport de M. le Secrétaire, que la Société Centrale traverse en ce moment une crise dont il y a lieu de s'occuper, sinon de se préoccuper. Le chiffre des admissions annuelles a baissé, celui des démissions a augmenté.

Nul doute que la situation douteuse faite depuis deux ans à l'Association Générale par la nouvelle loi des Sociétés de Secours Mutuels ne soit pas étrangère à ce résultat. Mais ce serait

fermer les yeux à l'évidence que de ne pas tenir compte de l'état d'esprit des jeunes générations médicales, maintenant plus désireuses de s'assurer contre les nécessités du présent, que de se garantir contre les éventualités de l'avenir.

Jusqu'ici l'Association était bien plus œuvre de prévoyance et de bienveillance qu'œuvre d'assurance, et c'est ce qu'on lui reproche. Aujourd'hui la loi nouvelle et nos statuts nous autorisent à préparer et fonder les institutions propres à la compléter et à la perfectionner : (art. 5) ; le champ est donc largement ouvert pour donner satisfaction à tous.

Mais, pour cela, il faut des ressources.

Ce serait chose difficile, avec la modeste cotisation de douze francs, d'entreprendre ces œuvres nouvelles, si utiles cependant aux progrès de notre œuvre.

Heureusement à côté des ressources que j'appellerai réglementaires, il y a celles que l'Association doit à de généreux donateurs qui ont contribué ainsi à créer une partie de sa fortune. Ne doutez pas que si nous sommes et restons au point de vue légal Société de Secours mutuels, nous restons aussi la société bienveillante qu'ont créée les fondateurs de l'Association, et que, désormais, comme par le passé, les généreux concours ne nous feront pas défaut.

Confiance donc dans l'avenir. Mais aide-toi, le ciel t'aidera ! Que chacun donc applique son zèle à recruter des adhérents, c'est encore le moyen le plus sûr d'entretenir la vie de notre œuvre et d'élargir son champ d'action. Je vous ai montré la crise que la Société Centrale traversait, c'est à nous de ne pas la laisser déchoir et de la maintenir aux yeux de tous comme la meilleure et la plus complète expression de la confraternité médicale. Nous ne faillirons point à ce devoir. »

Le rapport du secrétaire, M. le Dr Thibierge, souligne les points touchés par l'allocution du président.

De l'exposé de M. Blache, trésorier, il résulte que les recettes de l'année ont été de 26.067, et que sur les dépenses s'élevant à 22.117 fr. les secours distribués par la Société se montent à 14.763 fr.

L'avoir est de : capital disponible 59.949.99 ; capital indisponible représenté 1° par 2.140 fr. de rente qui correspondent à 72.000 fr. et 2° la nue propriété de 6.000 fr. de rente 3 % provenant du legs de Madame Huguier.

Après l'approbation des Comptes, il est procédé au vote et à l'adoption des statuts. La limite d'âge d'entrée inscrite dans ceux-ci est de 40 ans : la cotisation annuelle est de 12 fr. pour les participants et de 20 fr. au minimum pour les Membres honoraires ; le droit d'entrée se monte à 12 fr.

Syndicat médical du Loiret.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 1er JUILLET 1900.

Assistance médicale gratuite.

M. le docteur Sonesme, de Montargis, donne lecture du mémoire suivant :

De toutes parts, dans le corps médical, nous arrivent, pressants, lamentables, des cris d'alarme et de détresse.

La profession ne nourrit plus son homme ; le parchemin, valeur qui n'a plus cours, est devenu ce qu'étaient les assignats il y a cent ans, ce que sont aujourd'hui les titres nobiliaires ; le titre n'est plus qu'une recommandation à la sévérité des juges, à l'exploitation de chacun. La faim s'installe à nos foyers, et, comme elle est mauvaise conseillère, elle pousse les uns à chercher, à côté de la médecine, ce que celle-ci ne peut leur procurer : le pain quotidien ; d'où le médecin masseur, le médecin électrothérapeute, le médecin radiographe, le médecin bandagiste, le médecin faisant valoir des établissements spéciaux (sanatoriums, maison de santé, cliniques, instituts de toutes sortes, etc...), le médecin négociant en vins de champagne, huile d'olive et autres denrées alimentaires, le médecin pratiquant la vente de produits pharmaceutiques, en attendant le médecin qui attachera son nom et sa marque à la bretelle hygiénique ou à la sardine médicinale ; en attendant, celui qui consentira à figurer parmi le personnel de certaines maisons particulièrement hospitalières, en vue de rassurer, d'encourager les timorés et de leur épargner des souvenirs par trop cuisants.

Et il n'y aurait que demi-mal, si son influence nocive se bornait à faire de quelques-uns d'entre nous des dévoyés, des évadés de la profession ; mais, symptôme plus grave, danger plus alarmant, elle incite quelques autres aux pires expédients. C'est elle qui nous vaut les guérisons infaillibles des maladies réputées incurables, guérisseurs dont la cohorte progresse chaque jour en nombre et en audace ; c'est elle qui nous procure les délices de tel dithyrambe, le régal de tel morceau de littérature, où sont célébrés en termes aussi pompeux que mensongers, les multiples vertus, les mérites sans nombre des milliers de panacées qui éclosent chaque jour au soleil de la publicité, à la rosée de la réclame ; c'est elle qui conduit certains d'entre nous à couvrir de leur diplôme les actes et pratiques d'exercice illégal des rebouteurs, empiriques, charlatans de tout acabit (en blouse, en habit, en robe ou en soutane) dont ils se font les souteneurs en titre ; c'est elle qui répand parmi nous la détestable pratique de la dichotomie, par laquelle ceux qui s'y livrent deviennent des pourvoyeurs de salles d'opérations, des rabatteurs de chair humaine, au service de quelques virtuoses du scalpel — véritable traite des blanches, s'exerçant sous l'égide de Pasteur, sous le couvert de l'antisepsie ; c'est elle enfin qui rend possibles certaines défaillances, certaines complaisances, dont le triste épilogue a pour théâtre la cour d'assises.

La crise que traverse le Corps médical est donc bien réelle et elle revêt un caractère à ce point aigu, qu'elle a le don de nous faire sortir de notre légendaire torpeur, de notre indifférence traditionnelle et que, grâce à elle, s'ouvrent enfin les yeux les moins clairvoyants, les plus obstinément fermés à l'évidence, se réveillent des énergies jusque-là somnolentes, inertes. Nous sommes arrivés au moment exact, où, pour faire de la médecine, il est nécessaire d'avoir de la fortune. Le public, seul, continue à voir en nous des thésauriseurs, puisant à pleines mains dans des Pactoles à jamais taris. Et quel ne serait pas l'étonnement du prolétaire — notre frère en esclavage et en infortune, — lui qui, à toute heure est

prêt à la grève, lui qui aspire et se prépare sans trêve à la révolution libératrice et égalitaire de demain, s'il lui était prouvé que, en échange d'une somme de travail physique et cérébral de beaucoup supérieure à celle qu'il peut fournir, pas plus que lui, nous ne sommes à l'abri de la misère en cas de vieillesse, d'infirmité ou de maladie, l'équilibre de notre budget ne nous permettant pas de faire acte de prévoyance. Et de quelle méprisante pitié n'accueillerait-il pas notre infinie résignation, notre insouciance par trop orientale ! Oui, le temple sacré d'Esculape menace ruines de toutes parts ; et il est grand temps que nos mains pieuses, depuis trop longtemps inactives, s'emploient avec zèle à le restaurer, à l'affermir, si nous ne voulons pas qu'il s'abîme dans le néant, dans la boue, nous entraînant tous dans sa chute lamentable.

Le danger est là, imminent, signalé de partout ; le mal apparaît à tous les yeux, il s'étale au grand jour ; nous en sommes tous atteints, nous en ressentons les effets. Et chacun de se creuser l'imagination, de se livrer aux recherches les plus subtiles, afin d'en découvrir les causes, et d'en trouver le remède. L'encombrement médical est le plus communément incriminé. Sans vouloir nier ce facteur qui est réel, et dont la valeur mérite d'être prise en sérieuse considération, je crois pouvoir affirmer qu'il est, à notre décadence, une cause bien autrement active et que cette cause est en nous-mêmes ; c'est pour cette raison, d'ailleurs, qu'elle a pu passer inaperçue jusqu'à ce jour. Elle est dans la méconnaissance absolue de nos droits, de nos devoirs réciproques, de notre valeur, des services que nous rendons et du caractère particulier de ces services, en ce sens qu'on ne saurait s'en passer ; elle est dans le manque de solidarité, dans le défaut d'entente qui nous a toujours caractérisés, par suite d'un individualisme intransigeant ; elle est dans la peur, dans la méfiance du confrère qui fait que nous nous jetons avec avidité sur l'os qu'on veut bien nous donner à ronger, dans la crainte qu'il ne nous échappe au profit du confrère ; elle est dans la déplorable tendance que nous avons de faire des concessions à tout le monde ; elle est enfin dans la facilité vraiment trop puérile avec laquelle nous nous laissons exploiter par chacun. — Que demain un industriel quelconque vienne nous proposer de soigner ses ouvriers ; nous accepterons ses conditions — si arbitraires, si outrageantes qu'elles soient — sans examen, sans discussion, justifiant notre adhésion par cette pensée que notre refus n'aurait eu d'autre effet que de servir à notre confrère qui, lui, n'aurait pas eu les mêmes scrupules ; alors qu'une minute de réflexion nous eût amené à penser que, consentir à faire de la médecine au rabais, c'était, non seulement commettre une faute grave contre les règles de la déontologie, que c'était encore créer un précédent fâcheux et mettre le confrère lésé — qui a besoin de vivre lui aussi — dans la nécessité de suivre notre exemple ; d'où avilissement des honoraires et toute cordialité dans les relations entre confrères rendue impossible. Et malheureusement, c'est toujours ainsi que les choses se passent.

Pour s'en rendre compte, il suffit que nous jetions les yeux autour de nous ; nous verrons que la médecine au rabais s'exerce un peu partout, qu'il s'agisse de l'Etat, des compagnies de chemins de fer, des grandes industries, des sociétés de secours mutuels, des compagnies d'assurances, etc., et nous ne croyons rien exagérer en évaluant pour la région dans laquelle nous exerçons, à un cinquième environ du produit total, la perte que nous font subir les concessions faites à ces diverses collectivités. Cette fraction représente une somme non négligeable qui, répartie entre tous, produirait dans notre situation une amélioration sensible dont tout le monde bénéficierait, surtout ceux que leur répugnance à ce système de marchandage honteux tient volontairement à l'écart de ces services, auxquels le sentiment de leur dignité, la notion plus exacte de leur rôle, leur défendent de participer.

N'avais-je pas raison d'affirmer que nous étions les principaux artisans de notre ruine et cette constatation, devant laquelle — quoi qu'il en coûte à notre amour-propre — il nous faut bien nous incliner, cette constatation est des plus rassurantes, des plus consolantes pour l'avenir, sa conséquence logique voulant que, ayant créé le mal et faisant tout pour l'entretenir, il dépend de nous et de nous seuls de le faire disparaître et de l'empêcher de renaître. Que faut-il pour cela ? Simplement user du seul moyen d'action que nous possédions, moyen qui pourrait être tout-puissant, si nous savions, si nous voulions l'utiliser : je veux parler des syndicats. Que chaque syndicat, au lieu de s'immobiliser, de s'enfermer dans les limites trop restreintes de l'association purement confraternelle, devienne ce qu'il doit être : une ligue pour la défense des intérêts professionnels et, au besoin, se transforme en chambre disciplinaire, destinée à maintenir ses membres dans la ligne droite, à y ramener ceux qui tenteraient de s'en écarter, et enfin à prendre contre ceux qui refuseraient de se soumettre à ses décisions les mesures nécessaires pour les mettre hors d'état de nuire à l'intérêt général. Que, dans chaque région, il établisse un tarif minimum, tarif suffisamment rémunérateur et conforme aux conditions actuelles de l'existence ; qu'il exige de chacun de ses membres l'engagement formel d'appliquer ce tarif en toutes circonstances, envers et contre tous ; qu'il fasse savoir enfin aux représentants des diverses collectivités pour lesquelles nous sommes taillables et corvéables à merci, que les anciens traités sont rompus, que la médecine à l'abonnement, à forfait, à prix réduit, a vécu, qu'à l'avenir, nos honoraires seront réglés à la visite, conformément à nos tarifs respectifs. Et le jour qui verra s'accomplir cette réforme, facile autant qu'urgente, ce jour, qui peut être demain, quand nous le voudrons, ce jour-là le corps médical aura recouvré l'indépendance, la dignité, le prestige qu'il avait perdus, en même temps que la situation matérielle à laquelle il a droit.

Ces données étant posées, qu'il nous soit permis, à titre de démonstration pratique, d'en faire l'application à l'organisation actuelle du service de l'assistance médicale gratuite. Dans notre région, le service de l'assistance est organisé par circonscriptions, réparties plus ou moins également entre un certain nombre de médecins désignés par le préfet, avec paiement à la visite. Il nous sera facile de démontrer combien détestable est ce système. Il est détestable, par-

ce qu'il fait du médecin un fonctionnaire, le plaçant sous le contrôle, sous la tutelle de l'administration, dont les faveurs ne lui seront acquises ou maintenues, qu'au prix de démarches, d'intrigues, de compromissions absolument regrettables, qu'au prix d'une soumission complète, avec lesquelles ne saurait s'accommoder la haute idée que nous avons de notre indépendance ; il est détestable, parce qu'il rend le médecin complice d'un abus de pouvoir, d'une violation flagrante du droit des gens, en privant les indigents — parce qu'indigents — d'un droit sacré entre tous, le droit de choisir son médecin : il est détestable parce que l'exclusion de ce service de quelques-uns d'entre nous — ostracisme volontaire chez ceux qui ont trop de fierté, qui ont trop le souci et l'amour de leur indépendance pour passer sous les fourches caudines de l'administration, ostracisme infligé par celle-ci à ceux qui n'ont pas l'heur de lui plaire, qui ne sont pas persona grata et aussi la répartition inégale des circonscriptions au profit de quelques-uns, n'est pas sans amener quelques froissements, quelques conflits, peut-être même une mésintelligence complète entre confrères qui ne demandaient pas mieux que d'entretenir de bonnes relations : il est inacceptable enfin, et gros de périls pour le présent et l'avenir : inacceptable, parce qu'il nous impose une réduction de 50 % sur notre tarif minimum ; réduction que rien ne justifie, s'exerçant au profit d'une collectivité telle que l'Etat et le médecin n'étant nullement tenu à l'exclusion de tous, de faire à l'Etat, étant donné surtout qu'il n'a pas trop de toutes les ressources de sa profession pour vivre ; il est dangereux parce que ce tarif spécial de l'assistance médicale, risible à force d'être grotesque (voir tarif chirurgical), parce que ce tarif que nous avons la bonhomie de subir après avoir eu la légéreté de l'accepter, est une arme contre nous, dont on s'est déjà servi, dont on se servira de plus en plus, jusqu'au jour où nous aurons succombé sous ses coups.

En présence d'une pareille organisation, désastreuse pour notre prestige, pour le maintien de la bonne confraternité, pour la sauvegarde de notre indépendance et de nos intérêts, avantageuse seulement pour l'Etat, qui, grâce à elle, assure, à peu de frais, l'assistance médicale de ses indigents, que conviendrait-il de faire ? Notre ligne de conduite me semble tout tracée : rompre ouvertement et sans retour avec l'administration. Que les syndicats — qui ont charge de nos intérêts — fassent connaître à l'administration nos conditions, notre volonté : à savoir que, à l'avenir, l'Etat, en la personne de ses indigents, sera soumis au droit et au régime communs : liberté dans le choix du médecin et application de notre tarif minimum. Comme sanction à cette déclaration de principes, qu'ils affirment notre résolution bien arrêtée, à l'expiration d'un délai à déterminer, de refuser nos soins aux indigents, s'il ne nous est pas donné satisfaction. C'est donc la grève que je propose, et je ne doute pas qu'elle soit accueillie avec enthousiasme et menée sans défaillance par tous les syndicats. Nous avons pour nous le Droit et la Force ; il nous suffit de vouloir pour que la victoire nous appartienne.

Et cette conquête —aussi légitime que facile— remportée sur l'Etat, ne sera qu'un premier pas fait dans la voie de l'affranchissement ; pour que celui-ci soit complet, et il est nécessaire, il est urgent qu'il le soit, si nous voulons vivre, il nous faudra l'étendre, cette conquête, aux autres collectivités qui nous exploitent et nous ruinent.

En conséquence, j'ai l'honneur de soumettre à l'Assemblée générale la proposition suivante :

Considérant, d'une part, que l'organisation de l'Assistance médicale, telle qu'elle existe actuellement, ne présente que des inconvénients (mise en tutelle du médecin par l'administration, inégalité de situation et source permanente de conflits créée entre confrères, violation du droit des gens, etc.) et que ces inconvénients, aussi nombreux que graves, ne sont compensés par aucun avantage ;

Considérant, d'autre part, que le médecin n'est nullement tenu, à l'exclusion de tous, de consentir en faveur de l'Etat une réduction de plus de moitié sur ses honoraires dans le but de permettre à ce dernier d'assurer à peu de frais le service médical de ses indigents, que cette concession est d'autant plus dangereuse, se justifie d'autant moins que d'autres collectivités s'en emparent déjà pour nous exploiter et que l'exercice de la profession devient de jour en jour plus pénible, moins lucratif ;

Le Syndicat médical du Loiret prend les décisions suivantes :

1° Liberté entière sera laissée à l'indigent dans le choix de son médecin ;

2° Les soins médicaux donnés aux indigents, et dont la responsabilité incombe à l'Etat, au département ou à la commune seront rémunérés conformément au tarif minimum adopté par le Syndicat ;

3° Tout membre du Syndicat prend l'engagement formel de refuser des soins aux indigents, si, à l'expiration d'un délai de..... satisfaction n'est pas accordée à ces légitimes revendications ;

4° Les résolutions qui précèdent seront portées à la connaissance de qui de droit par les soins du bureau du Syndicat.

La proposition de M. Souesme, ne pouvant être discutée en Assemblée générale, est renvoyée à l'examen des cercles.

Elle sera imprimée et adressée à tous les membres du Syndicat avant les réunions des cercles.

N. D. L. R.— Notre confrère n'est pas le seul qui ait cherché à pousser les syndicats à user de tous leurs droits, et personne ne saurait lui en vouloir de la chaleur avec laquelle il développe sa thèse absolue. Voilà vingt ans que, dans le *Concours*, on reproduit la plupart de ses arguments et de ses propositions.

Mais plus d'un Bureau a perdu ses troupes, en poussant trop vivement la pointe en avant, dans des régions où public, administration, et médecins eux-mêmes n'étaient pas préparés au mouvement.

Et s'il s'entêtait quand même, on lui répondait trop souvent : « Calmez-vous, calmez-vous, et n'oubliez pas qu'aux termes des lois en vigueur : 1° le département est libre dans le choix du mode d'organisation de l'assistance médi-

cale ; 2° les syndicats médicaux n'ont pas le droit de coalition contre l'Etat, le département et la commune. »

L'idéal de notre confrère est aussi le nôtre, mais c'est encore l'idéal à cette heure. Nous ne l'atteindrons qu'après la suppression de certaines barrières solides, où il faut faire brèche d'abord, avant de tenter l'assaut. Et la première préparation consiste à grouper dans les syndicats, tels qu'ils sont, tous les médecins de la région, afin qu'ils prêtent avec ensemble le serment de s'entendre sur la ligne de conduite à choisir : 1° à l'égard des particuliers et des collectivites, envers lesquelles notre droit est entier ; 2° à l'égard des pouvoirs qui peuvent encore s'abriter derrière des privilèges légaux.

Quand nous aurons assez serré les coudes pour être venus à bout des premiers (et il y a là de quoi utiliser toute l'activité des syndicats), l'Etat prendra conscience de notre force et de la légitimité de nos revendications, et les barrières tomberont comme de simples murs de Jéricho.

Mais ne commençons pas par aller nous casser la tête contre celles-ci, tant qu'elles sont protégées par des travaux avancés, dont nous devons avoir raison d'abord, comme nous l'avons fait pour les compagnies accidents, comme nous le ferons pour les sociétés de secours mutuels, etc...

Un peu de tactique prépare bien le succès de l'élan final.

REPORTAGE MÉDICAL

La retraite du Pr Potain. — Discrètement sans apparat, M. le Pr Potain, atteint par la limite d'âge, a fait sa dernière leçon de clinique, le mardi 3 juillet, dans l'amphithéâtre de la Charité.

La grande presse ne reproduira pas cet ordre du jour d'adieu d'un chef qui fut toujours vénéré sur notre champ de bataille quotidien. Mais ce fait divers ne sera pas sans éveiller chez les lecteurs du *Concours médical* la sympathique émotion que dissimulaient mal les derniers auditeurs du Maître.

M. le Pr Potain reste notre confrère : il l'a prouvé par un acte en s'inscrivant en tête de nos listes, quand nous avons commencé la lutte contre les Compagnies d'assurances accidents.

Congrès international de médecine professionnelle, (Paris, 23-28 juillet 1900). — *Programme : Lundi 23 juillet, à 3 heures, séance d'inauguration, Palais des Congrès et de l'Economie sociale, place de l'Alma.*

Présidence d'honneur de M. Théophile Roussel.

Allocution de M. le Président du Congrès.

Proclamation des présidents et vice-présidents d'honneur.

Répartition de MM. les présidents et vice-présidents d'honneur dans les différentes assemblées générales et séances de Section du Congrès.

Rapport du secrétaire général du Congrès.

Allocution de M. le Président d'honneur de la séance d'inauguration du Congrès.

Assemblées générales : mardi 24, 9 h., mercredi 25, jeudi 26, vendredi 27.

Congrès international de la Presse médicale. Paris, 26, 27, 28 juillet 1900. *Fêtes et réceptions* : 1° Le jeudi 26 juillet, à 2 heures de l'après-midi, au Pavillon de la Presse à l'Exposition, ouverture du Congrès par M. le Ministre du Commerce ; le même jour, à 5 heures, à l'Hôtel de ville, Réception du Congrès par le Bureau du Conseil municipal ; 2° Vendredi 27 juillet, soir, réception chez le Président du Congrès, M. le Professeur Cornil ; 3° Samedi 28 juillet, le soir, à 7 heures et demie, Banquet à l'Exposition, Fête au Vieux-Paris ; 4° Deux excursions seront organisées, le dimanche 29 juillet ; 5° Lundi et mardi 30 et 31 juillet, visites à l'Exposition ; 6° Le mardi 31, réception et Fête à l'Hôtel de Ville ; 7° Le 1er août, réception au Club médical par les *Sociétés savantes* de Paris ; 8° Le 2 août, réception au Ministère de l'Intérieur, chez le Président du Conseil ; 9° Le 9 août, réception au Palais de l'Elysée, par le Président de la République.

Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France. — L'Assemblée générale aura lieu le samedi 28 juillet 1900, à deux heures du soir, à l'hôtel des Sociétés Savantes, sous la présidence de M. le Dr Lande, de Bordeaux, Président de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Cette date coïncide avec la clôture du Congrès de médecine professionnelle et de déontologie médicale, aucune réunion du Congrès n'ayant lieu ce jour-là.

Banquet. — Aucun banquet spécial n'aura lieu pour les membres de l'Union ; nous prions instamment tous nos adhérents d'assister au banquet du *Congrès international de Médecine professionnelle et de Déontologie médicale*, qui aura lieu le 28 juillet. — Envoyer à ce sujet les adhésions à M. Jules Glover, Secrétaire général du Congrès.

Le Secrétaire général,

J. Noir,
45, rue Monge.

Création d'une caisse des recherches scientifiques. — La semaine dernière, M. Audiffred a déposé sur le bureau de la Chambre des députés une proposition de loi ayant pour objet la création d'une caisse des recherches scientifiques, investie de la personnalité civile et divisée en deux sections, dans le but de favoriser les travaux de science pure relatifs : 1° à la découverte de nouvelles méthodes de traitement des maladies qui atteignent l'homme, les animaux domestiques et les plantes cultivées ; 2° à la découverte, en dehors des sciences médicales, des lois qui régissent les phénomènes de la nature.

Cette proposition de loi a été renvoyée à la commission du budget

« ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4.521. — M. le docteur *Brun-Bourguet*, de Pugetville (Var), présenté par M. le docteur Decugis, de Bessé (Var).

N° 4.522. — M. le docteur *Chevalot*, de Jœuf (Meurthe-et-Moselle), présenté par M. le docteur Jacquin, de Jouaville (Meurthe-et-Moselle) et membre de l'Association et du syndicat des médecins de Meurthe-et-Moselle.

N° 4.523. — M. le docteur *Verniolle*, de Pamiers (Ariège), vice-président du syndicat de l'Ariège.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs les décès de MM. les docteurs Delaunay, de Versailles (Seine-et-Oise), et Mougeot, de Chaumont (Haute-Marne), membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 29 21 JUILLET 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Assemblée générale de la caisse des pensions de retraite du corps médical français.

SIÈGE SOCIAL :

PARIS, 22, *Place Saint-Georges*, 22, *PARIS*.

Paris, le 10 juin 1900.

Monsieur et très honoré Confrère,

J'ai l'honneur de vous prévenir que les diverses réunions concernant la Caisse des Pensions auront lieu, cette année, au Siège Social, les jours et heures suivants :

1° *Réunion du Comité directeur*, le samedi 28 juillet, à trois heures (très précises).

2° *Réunion du Conseil des Censeurs*, le samedi 28 juillet, à cinq heures.

3° *Assemblée générale des Participants*, le dimanche 29 juillet, à quatre heures (très précises).

Vous êtes priés, instamment, vu l'ordre du jour, de vouloir bien assister à cette assemblée.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués,

Le Secrétaire-général, Dr DELEFOSSE.

ORDRE DU JOUR

de l'Assemblée générale du 29 *Juillet* 1900.

Le Secrétaire Général a l'honneur de porter à votre connaissance la circulaire suivante adressée à toutes les Sociétés :

MINISTÈRE de L'INTÉRIEUR ET DES CULTES
—
DIRECTION DE LA SURETÉ GÉNÉRALE
—
4e BUREAU
—
ASSOCIATIONS

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Le Président du Conseil
Ministre de l'Intérieur et des Cultes,

Vu les articles 291 et 292 du Code Pénal et la loi du 10 avril 1834 sur les associations ;

Vu la loi du 1er avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels ;

Vu l'arrêté ministériel en date du 22 décembre 1884 par lequel l'autorisation administrative a été conférée à la « Caisse des pensions de retraites du corps médical français » ayant son siége à Paris ;

Considérant que la dite société a pour but la constitution de retraites au profit des membres qui en font partie; qu'ainsi elle poursuit un des buts que les sociétés de secours mutuels se proposent d'atteindre, conformément à l'article 1er de la loi susvisée du 1er avril 1898 ;

Mais, considérant qu'aux termes de l'article 2 de la dite loi « ne sont pas considérées comme sociétés de secours mutuels les associations qui, tout en organisant, sous un titre quelconque, tout ou partie des services prévus à l'article précédent, créent, au profit de telle ou telle catégorie de leurs membres et au détriment des autres, des avantages particuliers ».

Que la société dont il s'agit accorde, à ses premiers adhérents, des avantages disproportionnés avec le montant de leurs versements, tandis que les avantages concédés aux adhérents ultérieurement admis doivent être des plus réduits ; qu'ainsi la dite société se trouve légalement exclue du cadre des sociétés de secours mutuels ;

Considérant que la disposition précitée de la loi de 1898 s'explique par le désir du législateur de ne pas encourager des sociétés qui, tout en prenant l'étiquette de la mutualité, ne reposent pas sur le principe de l'égalité des charges et des bénéfices, fondement de la mutualité ; qu'il importe dès lors,

s'inspirant de l'esprit de notre législation, de faire rentrer la société, dont il s'agit dans le cadre de la mutualité.

Vu l'avis du Conseil supérieur des sociétés de secours mutuels,en date du 18 Novembre 1899 ;

Sur la proposition du Conseiller d'Etat, Secrétaire Général ;

ARRÊTE :

Article 1er. Il est accordé à la société dite « Caisse des pensions de retraite du corps médical français » ayant son siège à Paris, un délai expirant le 1er octobre 1900 pour mettre ses statuts en conformité avec la législation sur les secours mutuels, telle qu'elle résulte de la loi du 1er avril 1898.

Article 2. L'autorisation accordée à la dite société par l'arrêté susvisé sera rapportée de plein droit à l'expiration du dit délai.

Article 3. Le Conseiller d'Etat, Secrétaire Général, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 3 *avril* 1900.

Signé : Waldeck-Rousseau.

Pour ampliation :

Le Sous-Directeur chargé de la Direction de la Sûreté Générale,
Illisible.

Aussitôt la réception de cette circulaire votre Comité s'est occupé de cette importante question ; il vous soumettra, au cours de l'Assemblée générale, la résolution qui lui a paru la plus conforme à la prospérité de notre caisse ; mais il sollicite, quand même,de votre part, l'envoi ou l'étude des solutions que vos réflexions pourraient vous suggérer. après la lecture de la circulaire et de la nouvelle loi sur la mutualité.

I. Discussion de la circulaire.
II. Pensions nouvelles et anciennes à ratifier.
III. Comptes rendus du Secrétaire général et du Trésorier.
IV. Questions diverses.

PROPOS DU JOUR

L'importance du rôle des aides dans une opération.

L'autre jour, un tribunal, appelé à statuer sur une contestation d'honoraires relative à une intervention chirurgicale, a cru devoir se préoccuper de la répartition de ceux-ci entre les médecins qui y avaient pris part.

Il s'est trouvé ainsi conduit à admettre qu'il y avait toujours, et d'une façon uniforme, inégalité d'importance dans le rôle des aides, et, par conséquent, une échelle à établir dans l'attribution des indemnités revenant à chacun, lorsque la famille versait individuellement aux collaborateurs.

Que l'opérateur, une fois tout fini, soit fondé, *dans chaque cas particulier*, à mesurer le service rendu par chacun de ses lieutenants et à faire un classement équitable, nous n'y contredirons pas. Nous ajouterons même, que lui seul a qualité pour se livrer à cette appréciation, et qu'il serait désirable de le voir donner toujours son avis, sans attendre qu'on le lui demande. On éviterait ainsi bien des conflits nés d'une discrétion traditionnelle excessive.

Il ne nous coûte pas non plus de reconnaître que le rôle de tel ou tel aide passe avant celui de tel autre, dans une opération déterminée.

Mais nous contestons à la famille, et par conséquent au juge qui tirerait d'elle seule ses renseignements, la compétence nécessaire pour dire quel était cet aide, et s'il était seul à tenir le premier rôle après l'opérateur.

Sur quoi se baseraient-ils pour cette désignation ?

Il est fréquent que l'aide principal se tienne vis-à-vis de l'opérateur, épongeant, écartant, jetant ici une pince et là une ligature, fournissant, au moment voulu, la troisième main que souhaite le chirurgien. Mais, vienne un autre

FEUILLETON

Bavardage médico-littéraire

Dans ses mémoires, *Soixante ans de souvenirs*, Legouvé consacre un chapitre à Népomucène Lemercier, dont il ne reste guère qu'un nom, et qui eut pourtant une réputation géniale. Cet enfant merveilleux, filleul de la princesse de Lamballe, eut une tragédie jouée au Théâtre-Français, avant 89, alors qu'il n'avait que 14 ans. La reine Marie-Antoinette,qui asssistait à la représentation,le présenta au public et l'embrassa aux applaudissements de toute la salle.

Plus tard, il s'adonna à la peinture avec David et son ardeur intellectuelle lui fit même étudier la médecine. L'amour l'y fit renoncer et voici comment : « Au milieu de ses études anatomiques, il s'éprit d'une jeune femme d'un éclat de beauté incomparable. Un jour, assis près d'elle, il se sent tout a coup le jouet, la proie de la plus étrange fascination. La science d'anatomiste le poursuivant près d'elle, son regard devient comme un scalpel. Malgré lui, l'œil fixé sur ce cher visage, il le dépouille de son teint, de sa fraîcheur ; malgré lui, il cherche, il suit sous ces chairs éclatantes le jeu des fibres, des muscles, des nerfs ; il les dissèque ; il fait de cette tête charmante une tête de squelette. Epouvanté, il veut chasser cette vision et s'enfuir ; mais, à peine revenu, le lendemain, en face de celle qu'il aimait, cet infernal travail de dissection recommence. Alors, saisi de rage, il jette là cette affreuse science qui tuait l'amour en lui et consacre ses ressentiments dans le poème de *Lanhypocrisiade* en les prêtant à Copernic :

Je n'ai trouvé dans l'homme, au grand jour dépouillé,
Qu'un labyrinthe obscur où je me suis souillé.
J'ai reculé, j'ai fui ce néant de moi-même,
Et, me réfugiant dans la raison suprême,
J'ai repoussé cet art qui m'offrait trop souvent
L'aspect de l'homme éteint dans l'homme encore vivant.

Et il fit bien, puisque, le 24 avril 1797,il s'emparait de l'attention de ses contemporains qui saluèrent en lui l'héritier direct de nos grands poètes, à la suite du succès triomphal de son *Agamemnon;* mais comme on revient toujours à ses premiers amours, avec Chénier, il chercha plus tard la poésie dans la science et, dans l'*Atlantiade*,consacra des milliers de vers à l'histoire naturelle.

***

Les mêmes mémoires de Legouvé nous apprennent que le père d'Eugène Süe, qui était médecin du roi, sous le prétexte que son fils avait suivi ses leçons de clinique, eut l'audace, après un court séjour à l'hôpital de Toulon, de le faire embarquer sur un navire de l'état avec l'uniforme et le titre de chirurgien en chef :

« Vous figurez-vous l'impression produite sur un esprit sceptique et moqueur par un tel abus de la-

temps de l'opération, et cet aide passe à l'obéissance passive, tandis que la manœuvre d'un autre qui se tenait plus au second plan, va décider de la perfection du résultat opératoire ou de la facilité avec laquelle il sera obtenu.

De même, un profane peut-il apprécier la part du succès qui résulte d'une anesthésie bien conduite ?

Sans entrer dans des détails, sans prendre la peine de citer des exemples qui viendront à l'esprit de tout chirurgien, nous n'hésitons pas à affirmer que, même pour nous, il est presque impossible de numéroter les aides par ordre d'importance, sans entrer dans l'examen de chaque cas, de chaque espèce.

A plus forte raison, le magistrat ne peut le faire sans afficher une prétention excessive.

S'il tient à pousser les choses jusqu'à la répartition des honoraires, qu'il s'appuie sur l'opinion du seul expert indiqué, nous voulons dire de l'opérateur.

C'est cette conviction bien arrêtée qui nous empêcha de formuler une règle en la matière quand nous rédigeâmes le *Tarif général minimum des honoraires*, adopté par le Concours.

Et, pas plus qu'à cette époque, nous ne nous sentons capables de dégager cette formule générale, en restant sur le terrain rationnel et logique.

Un seul point est incontestable, celui-ci : L'opérateur a droit à un honoraire beaucoup plus élevé parce qu'il cumule, pendant le drame opératoire, toutes les responsabilités. Mais, à ce moment précis, les rôles des aides sont égaux, d'une façon générale, ou leur inégalité n'est appréciable que pour le chirurgien.

Vis-à-vis de la famille, une seule personne, en dehors de l'opérateur, a quelque responsabilité. C'est le médecin traitant, parce qu'il a presque toujours provoqué l'intervention, parce qu'il en a choisi l'heure, parce qu'on lui demandera compte de ses suites.

C'est le motif pour lequel nous avons dit que son honoraire particulier, qu'il ait ou non servi d'aide, devait être du quart de celui de l'opérateur.

La plupart des Sociétés medicales ont été de notre avis, ou n'ont que légèrement modifié la proportion.

Aller plus loin, comme l'a fait le tribunal, c'est courir au-devant de l'erreur, et, par conséquent, compromettre l'équité d'une sentence.

Dr H. Jeanne.

LA SEMAINE MÉDICALE

Coliques hépatiques.

La *Revue de Clin. et de Thér.* résume de la façon suivante les indications à remplir auprès du malade dans le cas de coliques hépatiques et de lithiase biliaire :

1° *Colique aiguë.*

Injections sous-cutanées de la solution suivante, dont chaque centimètre cube contient *un demi-centigramme* de morphine et *un demi-milligramme* d'atropine :

Chlorhydrate de morphine...	10 centigr.
Sulfate d'atropine............	1 —
Eau distillée de laurier cerise.	20 gram.

M.— Ne pas dépasser 4 injections (de 1 centimètre cube chacune) dans vingt-quatre heures.

En même temps, on fera des fomentations chaudes, ou des applications de glace, sur la région du foie.

Si les douleurs ne se calment pas, à la suite des injections de morphine, ou si on n'a pas sous la main de quoi faire une injection, on aura recours au chloral, administré en lavement, suivant la formule bien connue :

Hydrate de chloral.......... 1 gramme.

---

voritisme ? Aussi, à peine fut-il à bord, qu'il fit venir le docteur adjoint, son inférieur, celui qui aspirait depuis trois ans à cette place, et il lui dit : « Monsieur, l'uniforme que je porte devrait être le vôtre ; la place que j'occupe vous appartient : je ne suis ici que par la plus monstrueuse iniquité. Je ne sais pas plus le codex que le code, ce qui est beaucoup dire ; aussi vous comprenez bien que je suis trop honnête homme pour ordonner la plus inoffensive des drogues au plus humble des hommes du bord ; c'est vous qui ferez tout, j'ordonnerai vos ordonnances ; seulement, pour garder le décorum, je me chargerai de l'hygiène du bâtiment, c'est-à-dire que je conseillerai aux matelots de ne pas trop boire ! »

Cette franchise fit du sous-chef d'Eugène Süe le meilleur de ses camarades. L'illustre écrivain ne revint qu'après trois ans de navigation, ayant plus vécu, plus vu, plus souffert que la plupart des hommes dans le cours d'une longue vie.

Et voilà comment il devint ultérieurement le Cooper français, le créateur du roman maritime.

C'est égal, ses subordonnes l'avaient échappé belle et il est heureux que le recrutement médical se soit fait depuis dans des conditions plus équitables.

* * *

Les relations de J. J. Rousseau avec les médecins furent loin d'être toujours amènes. Dans ses *Rêveries du promeneur solitaire*, ouvrage faisant suite aux *Confessions* et qui est loin d'avoir le même attrait et la même valeur littéraire, Rousseau, découragé, fatigué, aigri, dénonce les médecins et les oratoriens comme ses plus redoutables ennemis : « Quand tous mes ennemis particuliers seront morts, dit-il, quand je n'aurai plus pour persécuteurs que ces deux corps-là, je dois être sûr qu'ils ne laisseront pas plus de paix à ma mémoire, qu'ils n'en laissent à ma personne, de mon vivant. Peut-être, par trait de temps, les médecins, que j'ai réellement offensés, pourroient-ils s'apaiser ; mais les oratoriens, que j'aimois et que je n'offensai jamais..... seront à jamais implacables, et le public, dont ils auront soin d'entretenir et ranimer l'animosité sans cesse, ne s'apaisera pas plus qu'eux...

Pauvre grand écrivain « que l'œil de la malignité navrait et déconcertait », il y a longtemps que nous lui avons pardonné ses dires sur la vanité de notre art et l'inutilité de nos soins ; nous ne voulons nous souvenir que des temps plus heureux de ses courtes prospérités, où, « suivant les mouvements de son cœur soucieux de la félicité publique, il pouvoit quelquefois rendre un autre cœur content. »

Nous ne demandons pas mieux que de « le laisser errer nonchalamment d'herbe en herbe, de plante en plante, de bois en bois, de roche en roche, faire la revue de chaque fleur, tout en dédaignant les systèmes et les méthodes des botanistes. »

Il nous amuse même, lorsque arrêté dans une prairie émaillée, il redoute que ses herborisations ne le fassent prendre pour un frater, chercheur

Faire dissoudre dans la valeur d'un verre de lait, additionné d'un jaune d'œuf, pour un lavement.

Eventuellement, on pourra faire administrer deux lavements semblables, à une heure d'intervalle. La difficulté est de faire garder ces lavements.

Si l'attaque est violente, au point que le malade réagit à la douleur par des convulsions, on n'hésitera pas à recourir aux inhalations de chloroforme. Dujardin-Beaumetz recommandait de pratiquer les inhalations, suivant le procédé dit du « chloroforme à la reine ».

Il consiste à laisser tomber sur un mouchoir de XX à XXX gouttes de chloroforme, et à faire respirer au malade les vapeurs qui se dégagent, jusqu'à sédation des douleurs, mais avec conservation de l'intelligence.

Une fois la douleur calmée, on prescrira un bain chaud prolongé, si les circonstances ambiantes permettent de faire exécuter cette prescription. On insistera sur l'emploi des fomentations chaudes, faites au niveau de l'hypochondre droit. Pour faciliter le cheminement des calculs, on fera prendre au malade de l'huile d'olive, suivant le mode préconisé par Chauffard :

Huile d'olive.............	150 à 400 gr.
Cognac..................	15 —
Jaune d'œuf n° 2.......	50 centigram.
Menthol	

M. — A prendre en deux fois, à une demi-heure d'intervalle.

2° *Imminence de colique.*

Dans ces conditions, le médecin prescrira la médication analgésiante et antispasmodique, à titre préventif, sous la forme de suppositoires à l'opium et à la belladone :

Extrait d'opium............	1 centigr.
Extrait de belladone.......	1 —
Beurre de cacao...........	3 grammes.

pour un suppositoire. — Appliquer 3 ou 4 suppositoires semblables, dans les 24 heures. Si le temps presse, on commence par faire une injection de morphine et d'atropine.

Dans ces mêmes circonstances, l'ingestion d'huile d'olive est spécialement indiquée pour faciliter le cheminement des calculs. Enfin, on fera prendre au malade, un bain prolongé, tiède ou chaud.

3° *Lithiase biliaire.* — En fait de régime, aussi bien à l'approche, qu'au décours d'une attaque de coliques hépatiques, on prescrira du lait glacé, additionné d'eau alcaline ; ou, en cas d'intolérance absolue pour le lait, du bouillon dégraissé et de la limonade citrique. Il importe que les malades ne boivent que par petites quantités à la fois, afin d'éviter la distension de l'estomac par les liquides.

Une fois l'attaque passée, le malade devra s'observer pendant quelques jours ; il devra éviter tout écart de régime, tout exercice un peu violent, toute cause d'émotion ou de fatigue, susceptible de réveiller une attaque de coliques. De son côté, le médecin devra insister, auprès du malade sur la nécessité de se soumettre à un *traitement prophylactique*, pour s'épargner les souffrances de nouvelles attaques. Enfin, les attaques de coliques hépatiques, dont la fréquence est grande au sortir de l'hiver et pendant le printemps, constituent une indication formelle à l'emploi de la cure thermale alcaline. Cette cure faite sur place a presque la valeur d'une médication spécifique.

Action diurétique des sucres en injections intra-veineuses.

D'après le Dr *J. Arrous*, les solutions de sucre jouissent de propriétés diurétiques. Il a résumé dans sa thèse inaugurale, les considérations qui peuvent justifier l'emploi des injections intraveineuses de solutions sucrées, comme diurétique, en thérapeutique.

Un premier point qu'il importe de ne pas ou

---

d'herbes, propres à guérir « la rogue des enfants, la gale des hommes, ou la morve des chevaux ».

Toute cette pharmacie aurait souillé ses plaisirs champêtres, et, comme il ne croyait pas à la médecine et à ses remèdes, il déclarait hautement qu'on ne saurait aller chercher « des guirlandes pour les bergères parmi des herbes pour les lavements ».

Nous trouvons même fort spirituelle la tirade qui va suivre : « Je sens que le plaisir que je prends à parcourir les bocages serait empoisonné par le sentiment des infirmités humaines, s'il me laissait penser à la fièvre, à la pierre, à la goutte et au mal caduc. Du reste, je ne disputerai point aux végétaux les grandes vertus qu'on leur attribue ; je dirai seulement qu'en supposant ces vertus réelles, c'est malice pure aux malades de continuer à l'être ; car, de tant de maladies que les hommes se donnent, il n'y en a pas une seule, dont vingt sortes d'herbes ne guérissent radicalement ! »

*
* *

Il y a dans *Madame Bovary* un passage, qui m'a toujours paru d'autant plus charmant qu'il s'applique à la répétition quotidienne d'une scène analogue, au moins parmi les jeunes ménages de la corporation. C'est celui où, peu de temps après leur mariage, Emma se met à la fenêtre pour voir partir son mari. Celui-ci fait ses préparatifs avant de se mettre en route pour aller voir ses malades ; il boucle ses éperons sur la borne, pendant que la coquette continue à lui parler d'en haut et que la vieille jument blanche attend immobile à la porte : « Charles lui envoyait un baiser ; elle répondait par un signe, elle refermait la fenêtre, il partait. Et alors, sur la grande route qui étendait, sans en finir, son long ruban de poussière, par les chemins creux où les arbres se courbaient en berceaux, dans ces sentiers dont les blés lui montaient jusqu'aux genoux, avec le soleil sur ses épaules et l'air du matin à ses narines, le cœur plein des félicités de la nuit, l'esprit tranquille, la chair contente, il s'en allait ruminant son bonheur, comme ceux qui mâchent encore, après dîner, le goût des truffes qu'ils digèrent.

« Jusqu'à présent, qu'avait-il eu de bon dans l'existence ; mais il possédait pour la vie cette jolie femme qu'il adorait. L'univers, pour lui, n'excédait pas le tour soyeux de son jupon ; il avait envie de la revoir ; il s'en revenait vite, montait l'escalier, le cœur battant ; il arrivait à pas muets, il la baisait dans le dos, elle poussait un cri. Il ne pouvait se retenir de toucher continuellement à son peigne, à ses bagues, à son fichu ; quelquefois il lui donnait sur ses joues de gros baisers à pleine bouche, ou c'étaient de petits baisers à la file tout le long de son bras nu, depuis le bout des doigts, jusqu'à l'épaule ; et elle le repoussait à demi souriante et ennuyée, comme on fait à un enfant qui se pend après vous. »

On sait que le rêve ne fut pas de longue durée et que, comme dans une des premières pièces de Rostand, Pierrot qui rit ne tarda pas à être remplacé par Pierrot qui pleure, Sancho par Hamlet, Démo-

blier, c'est que les sucres, ceux-là surtout qui sont d'un usage plus habituel, ne sont toxiques qu'à des doses très élevées, à des doses notablement supérieures à celles qu'il est nécessaire d'injecter pour obtenir la polyurie. Le sucre de canne, la lactose, ne produisent aucun accident, ni immédiat, ni éloigné, lorsqu'on les injecte à la dose de 25 gr. par kgr.

La polyurie provoquée par les sucres présente certaines particularités, selon la dose employée, selon le titre de la solution.

Pour déterminer la diurèse sans déperdition de liquide par l'organisme, il faut s'adresser aux solutions diluées ; chez le lapin, l'injection de solution sucrée à 10 % fait éliminer environ un volume de liquide égal à celui qui a été injecté. Avec les concentrations plus fortes, 25, 50 pour 100, on peut enlever à l'organisme des quantités plus ou moins fortes de liquide.

La polyurie provoquée par les sucres se produit avec toute son intensité quand l'injection est faite avec une très grande lenteur ; c'est même pour une pareille injection qu'il existe une plus exacte proportionnalité entre la quantité de sucre injectée et la valeur de l'élimination ; l'injection lente présente de plus l'avantage de diminuer la toxicité des solutions sucrées.

La polyurie provoquée par les sucres se produit après section de la moelle, après énervation des reins ; elle est donc, jusqu'à un certain point, indépendante des conditions d'innervation.

Lorsqu'on s'oppose à l'élimination du sucre par les reins (extirpation des reins, ligature du pédicule rénal), les sucres ne paraissent pas produire d'accidents. On sait, par contre, que les autres diurétiques sont rapidement toxiques, si l'élimination par la voie rénale est empêchée.

Ces considérations suffisent, à notre avis, à justifier l'emploi en clinique de l'injection intraveineuse de sucres comme diurétique.

Le goménol contre la coqueluche.

D'après MM. *Ch. Leroux* et *R. Pasteau*, le goménol, essence pure, naturelle, sorte de *terpinol*, retiré par distillation des feuilles sélectionnées d'une variété de melaleuca viridiflora, de Nouvelle Calédonie, a une réelle efficacité contre la coqueluche. C'est un liquide légèrement oléagineux, neutre au papier de tournesol, de couleur ambrée.

Son odeur est douce et aromatique, intermédiaire entre le camphre et la menthe ; sa saveur, légèrement cuisante, laisse une impression de fraîcheur comme la menthe ou le menthol.

Le traitement consiste en injections profondes, dans la région fessière, d'huile goménolée au cinquième aux doses variables de 5, 8 et 10 centimètres cubes, suivant les âges, dans la majorité des cas. Les injections doivent être quotidiennes. Dans trois observations les auteurs ont remplacé les injections par des lavements d'huile goménolée au cinquième et au demi, à la dose de 5 ou 10 centimètres cubes, soit 1 gramme : — 2 gr. 50 ou 5 grammes de produit actif.

L'injection n'est point ou peu douloureuse, la résorption se fait bien ; elle est quelquefois lente surtout quand la région est saturée. Elle ne provoque jamais de réaction fébrile. Les précautions antiseptiques habituelles ont été prises ; aussi n'y a-t-il eu, dans aucun cas, de complications locales à signaler.

La dose minima doit être injectée au début, et rapidement on monte à la dose active maxima. Jamais la dose de 10 centimètres cubes n'a été dépassée. Dans un cas où la première dose était trop élevée il y eut des vomissements de courte durée. Le goménol n'est point toxique, et jamais nous n'avons eu le moindre accident.

Influence sur les quintes. — Dès la première injection, l'influence sédative est manifeste ; elle est d'autant plus accentuée que le nombre des quintes est plus élevé. Dans certains cas, on observe, après les premières injections, non seu-

---

crite par Héraclite, qui ne cesseront de représenter la double face de notre humanité dolente et chantante à la fois.

Hélas ! elles disparaissent vite les jolies bulles de savon irisées par les couleurs de l'arc-en-ciel !

***

Vous avez certainement lu l'histoire de ce monarque d'Orient, usé, blasé, malade, à qui ses médecins avaient ordonné, comme remède, d'endosser la chemise d'un homme heureux. L'entourage cherche partout cet être rare ; personne n'échappe à l'enquête ; tout le monde y passe, surtout ceux qu'on considère comme les favorisés du sort, les riches, les puissants, les illustres. Peine perdue, on se heurte en haut comme en bas à des apparences trompeuses, au mensonge du bonheur. Seul, un pauvre diable, chantant à pleine gorge, riant à plein gosier, ose se dire parfaitement heureux ; mais, hélas, le gaillard n'avait pas de chemise !

Aujourd'hui, ce vêtement intime, est à peu près unanimement répandu, surtout parmi les médecins, ce qui ne veut pas dire qu'on trouverait facilement un homme heureux dans leurs rangs, malgré les seize mille unités qui composent la corporation.

S'il plaisait à quelque curieux, ayant du temps à perdre, de se livrer à cette recherche, aussi ardue que celle des sources du Nil, je l'engagerais prudemment à ne pas s'attarder auprès des anciens, ombrageux et inquiets, sortes de roseaux plaintifs et moroses, pas plus que chez les *arrivés* de la profession, ceux qui ajoutent à leurs titres honorifiques le profit de nombreux canonicats. Malgré de séduisants dehors, ces derniers se sont usés ou aigris dans la lutte ; ils ont tout sacrifié à leur ambition, paix de la famille et douceurs de l'amitié ; l'acuité de leur esprit est appliquée à attirer l'attention, à se maintenir au pinacle ; ils perdent en sénérité ce qu'ils gagnent en hochets ; ils perdent en ascendant réel ce qu'ils dépensent en népotisme et passe-droits.

Notre investigateur, muni ou non d'une lanterne, à la façon de Diogène, aurait plus de chance d'aboutir, en frappant à la porte de quelque débutant, exubérant de rêve et d'illusions, ne soupçonnant pas les rivalités et les déboires qui le guettent.

On est si heureux d'en avoir fini avec les examens, de pouvoir marcher librement, sans contrôle et sans lisières ; on a tant de confiance en ses livres en ses formules de thérapeutique ; il se dégage certainement une joie communicative de cette confiance qui ne redoute pas les responsabilités, de cette sincérité d'enthousiasme.

Ça durera ce que ça pourra, quelques mois ou quelques années : Le désenchantement, l'animadversion, les défaillances et les échecs viendront bien assez vite. Il s'apercevra toujours trop tôt, après avoir bien travaillé et pris de la peine, que ce sont les fonds qui manquent le plus !

Dr Grellety (de Vichy).

lement une diminution dans le nombre, mais aussi dans l'intensité et la durée des quintes. Les vomissements cessent souvent à partir de la troisième ou quatrième injection.

Voici, d'ailleurs, les CONCLUSIONS GÉNÉRALES par lesquelles se termine la publication de MM. Leroux et Pasteau :

A. *Conclusions cliniques.* — 1° Les injections d'huile chargée de goménol, faites au début ou dans le cours de la période des quintes de la coqueluche, sont rapidement suivies d'une diminution progressive dans le nombre de ces quintes. Leur intensité et leur durée subissent ordinairement la même atténuation, mais d'une façon moins constante et moins uniforme. Il en est de même des vomissements.

La bronchite secondaire et la toux qui l'accompagne, persistent ordinairement pendant 10 à 15 jours après la cessation des quintes ;

1° La durée totale de la coqueluche est très notablement abrégée. La période des quintes, sur 40 cas, a eu une durée minima de 6 jours et une durée moyenne de 12 à 15 jours, à partir du début du traitement.

B. *Conclusions thérapeutiques.* — 1° Les injections profondes doivent être faites chaque jour, sans interruption ;

2° Le traitement doit être prolongé pendant 4 à 5 jours au moins, après la disparition notable de la dernière quinte vraie ;

3° Les doses varient suivant l'âge et suivant le mode de traitement. Il faut commencer par les doses minima ; nous donnons ici les doses maxima injectees. En injections, il faut employer l'huile gomenolée au 1/5e :

De 1 à 2 ans : 3 à 5 cent. cubes ;
De 2 à 3 ans : 7 à 8 cent. cubes.

Traitement des gibbosités du mal de Pott.

M. le Dr *Millot*, chirurgien adjoint de l'hôpital international, expose dans les *Annales de chirurgie et d'orthopédie*, la méthode qu'emploie M. le Dr *Bilhaut* pour le traitement des gibbosités pottiques.

Les gibbosités peuvent être divisées en deux classes ; celles qui sont ankylosées et celles qui ne le sont pas. Le vrai moyen pour s'assurer à quel groupe elles appartiennent, c'est l'anesthésie. Telle gibbosité volumineuse datant de deux ou trois ans, se déroule facilement ; telle autre, plus récente, moins considérable, ne donne, sous le chloroforme, aucun résultat appréciable. On réduira donc la première et on ne touchera pas à la seconde. Le malade est anesthésié sur la table d'opération. Pendant la chloroformisation, il est solidement maintenu par un ou deux aides qui l'empêchent de se débattre et de produire un traumatisme qui pourrait favoriser aussi l'évolution de son foyer tuberculeux. La résolution une fois complète, une fronde formée de deux bandes de toile est passée autour de la tête et fixée à un fléau qui, par l'intermédiaire d'une moufle, permet de soulever doucement le sujet et de le suspendre entièrement dans le vide. La réduction s'accomplit par le propre poids du corps. Phénomène singulier, au premier abord, la chloroformisation est bien supportée. On n'a, en procédant de la sorte, jamais eu le moindre accident. La réduction s'opère en une ou plusieurs séances, espacées de six semaines, sans secousses. L'appareil immobilisateur, emprisonnant toujours le menton et la nuque, est gardé six semaines, et renouvelé dans les mêmes conditions, mais sans nouvelle anesthésie.

Si l'on craint qu'une apophyse épineuse trop saillante, ne détermine une eschare, on la résèque : la peau est suturée au catgut, et après un simple pansement à la gaze stérilisée, l'application du grand appareil se fait dans les conditions ordinaires. Il n'y a pas de suites opératoires.

La durée du traitement, point épineux de la question, est variable selon les sujets. La plaque radiographique détermine sûrement si l'ankylose est ou n'est pas produite. De là, continuation ou cessation de l'immobilisation.

Et maintenant, puisque le jour est venu de formuler des conclusions fermes, nous dirons :

Tout mal de Pott débutant doit être immédiatement immobilisé, le sujet en position verticale, avec le grand appareil plâtré, quel que soit, du reste, le siège de la lésion.

En face d'une gibbosité déjà produite et en voie d'accroissement, c'est le cas le plus fréquent, la redresser sans violence, progressivement s'il le faut, à intervalles de six semaines, avec l'aide de l'anesthésie et par le simple poids du corps. Même immobilisation que précédemment.

En cas d'ankylose confirmée, l'abstention est de règle.

Les paralysies et les abcès ossifluents, à condition, toutefois, qu'il ne soient pas trop volumineux, ne sont pas une contre-indication.

Tout autre traitement conduira plus ou moins rapidement, mais fatalement, à la production d'une gibbosité, d'un volume variable suivant le siège de la maladie, ne diminuant en rien la durée de l'affection, mais frappant le sujet d'une infirmité aussi pénible que désastreuse.

L'adénopathie trachéo-bronchique dans la syphilis.

M. le Dr Jean *Boyer* a consacré sa thèse à l'étude de l'adénopathie trachéo-bronchique syphilitique et, de ses recherches, il paraît résulter que la tuméfaction des ganglions du médiastin peut s'observer à la période secondaire de la syphilis. Elle est probablement assez commune, sa rareté apparente tient vraisemblablement à ce qu'on la recherche peu ou pas. Cette adénopathie provoque des symptômes locaux et des symptômes de compression.

C'est d'abord la gêne des fonctions du larynx par compression des nerfs récurrents ; la dysphagie par compression de l'œsophage ; les œdèmes, les dilatations veineuses superficielles par compression des gros troncs veineux intrathoraciques ; mais ce sont surtout les symptômes résultant de l'irritation et de la compression des nerfs pneumo-gastriques, ou toux coqueluchoïde, et ceux qui dépendent de l'aplatissement des bronches et certainement aussi, pour une part, de l'irritation des nerfs respiratoires.

Les signes stéthoscopiques sont plus constants et partant acquièrent une importance plus grande.

D'abord nous trouvons les signes de percussion. La tuméfaction ganglionnaire se traduit

par une matité rétro-sternale, siège derrière la partie supérieure de l'os ; la matité interscapulaire bien étudiée par Leroy de Méricourt, 1860, et surtout par Guéneau de Mussy, occupe la partie supérieure de l'espace interscapulaire et prédomine quelquefois d'un côté. Quand on la recherche, on est frappé de la différence de son, entre les régions ganglionnaires et les régions juxta-rachidiennes inférieures ; c'est aussi net que la limite de la matité hépatique.

L'auscultation permet de percevoir, soit des deux côtés, soit d'un seul, un souffle plus ou moins étendu, perceptible parfois dans la totalité du thorax, et ayant un timbre bronchique ou un timbre cavitaire.

A ce souffle viennent parfois s'ajouter des râles, tantôt nés sur place dans une caverne ganglionnaire, tantôt produits à distance et propagés plus ou moins loin avec renforcement ; simples râles humides, prenant le timbre cavitaire, comme dans la pneumonie du sommet.

Le plus souvent on entend une expiration prolongée et soufflante, ayant son maximum à la racine des bronches et se propageant vers le sommet des poumons, de manière à donner parfois le change, et, à faire croire à une phtisie pulmonaire qui n'existe pas.

Ces divers bruits sont dus à la compression des bronches ; si l'applatissement de ces conduits est encore plus marqué, il peut se produire un phénomène sur lequel M. Grancher a spécialement appelé l'attention, c'est l'absence unilatérale du murmure respiratoire. On conçoit quelles erreurs ce silence respiratoire peut entraîner ; avec la dyspnée, le ralentissement des expansions thoraciques, on peut croire à un grand épanchement pleural.

Au niveau des masses ganglionnaires, la voix se transmet avec un timbre spécial ; la voix soufflée de Woillez ; on peut entendre dans le même point de la pectoriloquie aphone.

A ces signes fondamentaux, Barety et Guéneau de Mussy ajoutent les phénomènes physiques et fonctionnels qui résultent du ramollissement et de l'ulcération possible des masses ganglionnaires (bruits cavitaires, toux opiniâtre, expectoration abondante de crachats nummulaires, hémoptysies, etc.).

Ainsi, le tableau de l'adénopathie trachéo-bronchique classique comprend une dyspnée asthmatique avec tirage, cornage quelquefois ; quelquefois toux coqueluchoïde, expiration prolongée et soufflante, matité retro-sternale et interscapulaire.

L'adénopathie trachéo-bronchique syphilitique, lorsqu'elle survient en même temps que la fièvre, peut faire croire au développement d'une tuberculose ; les résultats du traitement éclairent rapidement le diagnostic.

L'adénopathie peut également se montrer à la période tertiaire ; elle peut alors être confondue avec l'asthme ou avec une tumeur quelconque du médiastin ; c'est encore le traitement qui constituera le meilleur moyen de diagnostic.

Traitement de l'apoplexie.

D'après M. *Mayet* (*in Lyon médical*), ce sont les diverses variétés de l'apoplexie, qui doivent servir de guide dans la conduite thérapeutique à tenir.

« Quels que soient l'âge et le tempérament du sujet — mais d'autant plus souvent qu'il est débilité par la sénilité et a présenté des symptômes antérieurs d'athérome cérébral, parfois alors même qu'il est fort et pléthorique — il peut, immédiatement après l'ictus, présenter les signes d'un état subsyncopal, avec pâleur de la face, petitesse extrême du pouls, refroidissement périphérique et parfois central, et même d'une syncope complète : mort apparente, suspension de la respiration, pouls imperceptible. Dans ces cas il faut employer tous les stimulants des fonctions nerveuses, les toniques du cœur, les injections sous-cutanées d'éther et de caféine, la respiration artificielle (bouche à bouche avec interposition d'un simple tissu de toile, le seul mode efficace) ou la traction rythmée de la langue, le marteau de Mayor, les excitations violentes de la sensibilité.

« Si ce premier danger est écarté, une fois la période de réaction produite, ou si, sans période syncopale d'emblée, la face est vultueuse, si le pouls fort frappe énergiquement le doigt, et même chez les sujets d'une force moyenne, non pléthoriques, ni à face congestionnée, mais dont le cœur est énergique, la saignée est indiquée en se basant pour son abondance sur l'état du pouls.

« La saignée agit utilement dans l'hémorragie, non sur le caillot, mais sur la congestion et l'œdème des parties de l'encéphale qui l'avoisinent, en favorisant la résorption rapide des exsudats par l'appel vers les vaisseaux que crée la diminution de tension, et en diminuant l'hyperémie secondaire.

« Même dans un certain nombre de cas de thrombose, de ramollissement nécrobiotique, elle doit être employée, mais plus modérément, et cette modération doit être indiquée par l'âge et les symptômes antérieurs d'athérome ; mais elle peut être souvent utile, en raison de ce fait que toute nécrobiose cérébrale par oblitération vasculaire est entourée d'une zone d'hyperémie, due à un processus de vaso-dilatation active.

« Si le sujet reste débilité, affaibli, le cœur faible, on continuera l'emploi des stimulants indiqués, loin de songer à la saignée.

« S'il reste des craintes de débilité cardiaque et qu'il y ait néanmoins des signes d'hyperémie céphalique, l'application des sangsues aux apophyses mastoïdes en nombre proportionnel à la force du sujet est un moyen utile moins immédiatement hyposthénisant que la saignée.

« Les purgatifs drastiques et même irritants, non par la bouche, car il est rarement possible de les faire avaler et la voie stomacale est trop lente, seront employés immédiatement après les moyens sus-indiqués comme moyen de révulsion. M. Mayet rejette l'antique lavement de vin émétique, car le tartre stibié, s'il est absorbé, peut être souvent très nuisible. Le purgatif indiqué est l'eau un peu fortement salée au chlorure de sodium ou additionnée de 4 à 6 gouttes d'huile de croton émulsionnée. Plus tard, l'eau-de-vie allemande par doses répétées pourra être utile ; mais dans aucun cas elle ne sera administrée immédiatement et surtout par le nez. »

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

Quelques considérations sur le traitement de la blennorrhagie.

On peut dire tout d'abord, qu'il n'existe pas un seul remède ou traitement, qui soit capable de guérir avec certitude n'importe quelle blennorrhagie. Aussi, le Dr Casper (*Berliner-Klinische Wochens.*, n° 22, 1900), n'a-t-il cherché qu'à faire une étude critique des principaux traitements employés jusqu'à présent, en mentionnant les difficultés, avec lesquelles on peut être aux prises dans la thérapeutique de cette affection.

Généralement on considère une gonorrhée sans complications comme une maladie exempte de dangers. Les symptômes se bornent ordinairement à une sécrétion uréthrale plus ou moins intense, qui le plus souvent devient si peu abondante, qu'elle n'inquiète même plus le malade. De temps en temps se produisent de petites recrudescences, qui indiquent une certaine inflammation de la muqueuse, mais ne gênent point le patient, et lui permettent de vaquer à ses occupations habituelles.

La gonorrhée, par contre, peut, dès l'apparition de la moindre complication, devenir une maladie très longue, d'une durée quelquefois indéterminée. Parmi ces complications nous citerons : la lymphangite, l'adénite, les rétrécissements, l'inflammation des testicules ou des épididymes, avec impuissance génitale consécutive, les inflammations et les suppurations de la prostate, la cystite, la pyonéphrite, les névralgies, les affections rhumatismales des articulations, et des gaines articulaires, les métastases dans certains organes importants (endocardites), la tuberculose, principalement de l'appareil génito-urinaire, la neurasthénie sous toutes ses formes, etc.

S'il est exact que quelques complications (le rétrécissement, par exemple) résultent de la longue durée de la maladie, que d'autres sont presqu'inévitables, ou bien surgissent sans cause apparente, il est vrai aussi que certaines complications sont la conséquence d'un traitement mal approprié, ou du moins sont favorisées par lui dans leur apparition. Il est donc rationnel d'instituer une thérapeutique prudente, afin d'éviter ces inconvénients ; il faut, comme le disait Leyden, traiter le malade et non la maladie.

Partant de ce principe, Casper s'oppose tout d'abord au traitement abortif de la gonorrhée. Il a essayé toutes les méthodes recommandées, les fortes instillations au nitrate d'argent, les injections au protargol à titre élevé, la méthode de Janet au permanganate de potasse, et jamais, pour ainsi dire, il n'a obtenu de résultats favorables ; par contre, il a presque toujours eu des mécomptes, par l'apparition de quelque complication. Il ne faut jamais attendre de succès de la part de cette thérapeutique abortive, quand les gonocoques ont quitté la surface de la muqueuse ; or il faut savoir que les manifestations pathologiques de l'affection ne se produisent qu'au bout de quelques jours, et que ces microbes envahissent dès les premières heures les couches profondes de la muqueuse.

Mais n'oublions pas que, sans compter des phénomènes subjectifs importants, tels que de violentes douleurs, nous risquons presque toujours, en pareil cas, de la lymphangite, de l'adénite, de la cystite, de l'épididymite, de la prostatite ; leur apparition se produit d'ailleurs dans un délai assez bref pour ne laisser aucun doute sur leur relation avec l'injection abortive.

Il faut aussi se garder d'introduire quelqu'instrument dans le canal pendant la période aiguë, quand l'écoulement est encore franchement purulent. On ne se permettra pareille manœuvre que s'il existe, par exemple, une rétention d'urine, impossible à vaincre d'une autre façon. On court, en effet, le danger d'entraîner des germes dans la profondeur des organes urinaires et génitaux.

L'auteur conseille également d'éviter ces injections uréthrales, qui irritent la muqueuse, ou augmentent son inflammation. Tout le monde, en effet, a pu observer que les gonocoques venaient mieux dans une muqueuse irritée et enflammée, que dans un tissu non enflammé. Nous savons que, toujours après une irritation de l'urèthre, produite par des excès, ou quelqu'autre cause, l'écoulement devient plus putride et plus riche en gonocoques qu'auparavant. C'est d'ailleurs ce fait d'observation, qui légitime la prescription des anciens médecins de ne jamais pratiquer d'injections au début de la blennorrhagie, et de ne les commencer qu'à la fin du stade inflammatoire. Or on n'observe plus beaucoup ce précepte aujourd'hui, et on remarque que la maladie s'aggrave par l'irritation du terrain muqueux.

Il est bon de distinguer deux sortes de gonorrhées aiguës. Les unes s'accompagnent de phénomènes inflammatoires intenses ; les autres s'installent d'une façon insidieuse , ces dernières s'observent surtout chez des malades, ayant déjà été atteints de cette affection vénérienne. Dans les deux cas, on emploie ordinairement les injections aux premiers jours, mais, pour les premières, à caractère franchement inflammatoire, qui occasionnent des douleurs à la miction, il faut éviter tout liquide irritant, tel que les préparations d'argent.

En pareil cas on arrive très bien à calmer l'inflammation avec l'injection de Goll (sulfate de thalline à 1 p. cent. répétée 6 ou 8 fois par jour) ; elle a presque toujours des propriétés sédatives et antigonorrhéiques. Au bout d'un ou de deux jours déjà les douleurs se calment, ainsi que l'œdème ; la sécrétion devient mucopurulente, puis muqueuse. Comme adjuvants, on emploie la diète, le repos, les balsamiques et des diurétiques puissants (on prend 4 à 6 litres de liquides par jour, eau, lait, etc...) Le nombre des gonocoques diminue rapidement.

La thalline est donc aussi un antiseptique, dont les injections ne sont pas irritantes. Si ce moyen ne réussit, on essaie les injections de permanganate de potasse à doses très faibles 1/10,000, 1/8000 ; l'effet, pour n'être pas aussi prompt, n'en est pas moins antigonorrhéique.

Nous sommes ainsi arrivés à un stade, par lequel débutent les gonorrhées du deuxième groupe ; il existe un catarrhe non irritant, renfermant des gonocoques. C'est alors qu'il faut commencer la thérapeutique des sels d'argent, dont le Dr Casper est très partisan.

Il faut avant tout citer le nitrate d'argent. Le protargol serait peut-être moins irritant, mais

il cause moins d'inflammation et de douleurs ; augmente les sécrétions, tout comme l'argent. Casper l'emploie dans les cas où l'argent n'est pas supporté. On commence par des solutions à 0,25 p. 100, et on monte au bout de 2 semaines à 1 p. 100. Le nitrate d'argent est employé de 1/10.000 à 1/4000.

Comme on le sait, ces deux médicaments augmentent la sécrétion ; aussi l'auteur ne les prescrit-il jamais isolément ; il ordonne en même temps un astringent, pour diminuer la sécrétion et l'inflammation. Après quelques jours d'injections pures, ou intercale des injections de sulfate de zinc, puis sur la fin de la blennorrhagie de sulfure de zinc. Même procédé avec le permanganate de potasse. Plus on peut prendre d'injections, mieux cela vaut. C'est là d'ailleurs le principe d'Unna.

Cette méthode donne d'excellents résultats ; le nombre des gonocoques diminue assez rapidement et au bout de 4 à 5 semaines il n'y en a plus ; en outre, chose importante, les complications deviennent exceptionnelles.

On a beaucoup vanté une préparation d'hypermanganate de zinc, pour diminuer la sécrétion et anéantir les gonocoqnes ; mais, cette combinaison ne vaut rien ; il est préférable de donner alternativement le zinc et le permanganate de potasse.

Les considérations précédentes nous guideront aussi dans le traitement de la cystite blennorrhagique, qui atteint généralement le col de la vessie. L'expérience nous apprend que souvent elle guérit uniquement par la diète, le repos, les diurétiques et les balsamiques. Quand ce moyen ne réussit pas, on s'adresse aux lavages de l'urèthre postérieur avec des préparations d'argent (Diday). S'il ne faut pas attendre trop longtemps pour s'adresser à cette méthode il ne faut pas non plus l'employer trop tôt. Dans le premier cas on risque une infection ascendante, dans le deuxième une prostatite ou nne épididymite ; mais la première hypothèse se réalise plus rarement que la deuxième.

Parlons à présent de la gonorrhée chronique. Nous ne nous arrêterons pas aux cas, qui durent des mois, car les injections sont mal prises et n'atteignent pas l'urèthre postérieur, où se localise souvent le processus ; les instillations de Guyon, ou les lavages de Janet au permanganate ou une combinaison des deux méthodes en auront vite raison.

Il faut encore ici distinguer deux espèces de blennorrhée. Les premières ne varient jamais dans leurs manifestations (écoulement, filaments, etc.) quelque traitement qu'on emploie ; les autres s'améliorent pendant le traitement, paraissent même guéries, mais elles reprennent dès qu'on cesse toute thérapeutique.

Pour Casper, les premières sont presque toujours glandulaires, c'est-à-dire qu'elles consistent en une infiltration des glandes uréthrales, si nombreuses sur la muqueuse ; les autres sont dues à une inflammation des glandes génitales voisines, telles que la prostate ; il peut y avoir des gonocoques dans les deux cas.

Sur 100 cas de blennorrhée, l'auteur a remarqué 9 fois des infiltrations de l'urèthre, 80 fois de la prostate, 5 fois les deux réunies, et 6 fois d'autres causes dont on parlera plus bas.

Les infiltrations de l'urèthre sont donc assez rares ; ce fait concorde d'ailleurs avec la rareté relative des rétrécissements, considérés par rapport au nombre total des blennorrhagies chroniques, puisque ces infiltrations précèdent les rétrécissements.

Pour traiter ces infiltrations, il faudra instituer un traitement mécanico-chimique, qui consistera en dilatations par les bougies, avec quelques uréthrotomies partielles dans les endroits resserrés, puis en injections ou lavages.

Quand il y a prostatite, on trouve rarement des gonocoques dans l'écoulement. Le volume de la prostate n'est pas souvent modifié ; on trouve une augmentation d'épaisseur ou de largeur, ou encore une tuméfaction limitée. La sensibilité à la pression est rarement augmentée. En somme, le diagnostic de prostatite n'est pas commode à faire par le rectum ; la cystoscopie ne donne pas grands renseignements non plus. Il faut pour constater cette affection amener, par l'expression au travers du rectum, une goutte de pus au méat ; on examinera ce pus au microscope.

Ces prostatites sont très difficiles à soigner. Pendant les périodes d'injections ou de lavages, l'affection semble guérir, puis aussitôt après, elle recommence ; en effet, pendant ce temps l'inflammation de la muqueuse uréthrale correspondante guérit ; après, elle est de nouveau infectée par les sécrétions prostatiques. Ni l'iode, ni l'ichtyol, ni l'électricité, ni les lavages d'eau chaude n'influent sur la prostatite. Il est cependant un moyen, par lequel on a essayé récemment de guérir la prostatite, c'est la cautérisation de la prostate par le procédé de Bottini-Freudenberg ; l'auteur ne peut encore se prononcer sur sa valeur. Il l'a vu employer deux fois, mais sans résultats favorables. Jusqu'à présent, il n'y a qu'un procédé inoffensif, qui ait une heureuse influence sur le processus : c'est le massage systématique et l'expression de la glande. On le pratique 3 fois par semaine pendant plusieurs mois, tout en faisant des injections dans le canal, ou, à intervalles plus éloignés, des lavages.

Néanmoins, il faut dire que, malgré la guérison de ces blennorrhées chroniques, il persiste souvent des filaments dans les urines, chose qui inquiète beaucoup les malades. Mais tout d'abord demandons-nous ce que sont ces filaments, Il est à remarquer que pour les rechercher sérieusement, on doit examiner les urines du jour après que le patient sera 6 à 7 heures sans uriner. Les urines de la nuit donnent, en pareil cas, des renseignements erronés. En effet, pendant la nuit, se produisent souvent des pollutions ou des érections inconscientes, qui amènent dans l'urèthre certaines sécrétions, lesquelles sont évacuées par le premier jet d'urine du matin, et en imposent pour des filaments. S'il en existe dans les urines de la journée, on fera leur analyse bactériologique : des sécrétions exemptes de microbes ne constitueront plus une maladie, surtout si elles sont en petite quantité. D'ailleurs, dans beaucoup de ces cas, l'uréthroscopie nous montre que les glandules du canal de l'urèthre sont enflammées ; que leur orifice excréteur est dilaté et béant ; il n'est donc pas étonnant que les sécrétions muqueuses, au lieu d'être retenues dans ces glandes par le tonus de leur canal excréteur, ne soient déversées dans l'urèthre,

et ne forment des filaments dans l'urine. Le fait se produit surtout dans les infiltrations chroniques des parois uréthrales, car alors la sous-muqueuse est prise aussi.

D'ailleurs cet état n'entraîne aucun inconvénient. Casper connaît de ces malades, qui ont des filaments dans leurs urines depuis plus de 10 ans, sans en avoir jamais souffert et sans avoir contaminé personne. Maintenant, il faut bien avouer qu'il serait très difficile de modifier l'état de ces canaux excréteurs.

Dans tous les cas dont Casper a parlé jusqu'à présent, cette sécrétion formait des filaments, et arrivait rarement à l'écoulement. Il faut ici distinguer de ces catarrhes aseptiques, ceux qui sont constitués par une goutte matutinale au méat, goutte purulente. Ils comprennent ces 6 cas dont l'auteur a parlé plus haut. Cette affection est indolore, mais sa thérapeutique est très difficile. Ces manifestations cessent toujours pendant la période des injections ou lavages, mais reparaissent après ; il semble que les microorganismes soient trop profondément situés, pour qu'on puisse les atteindre avec les antiseptiques. Toutefois, l'existence de cette goutte riche en bactéries, ne constitue pas, à proprement parler, une maladie, car le canal de l'urèthre renferme des bactéries à l'état normal. En outre, les porteurs de cette infirmité ne sont pas contagieux, et n'en souffrent nullement, quant à leur santé.

En tout cas, il peut être nuisible de traiter trop longtemps ces malades, surtout pour une affection aussi inoffensive ; au risque quelquefois de les rendre neurasthéniques. Casper en cite une observation, relevée sur un de ses malades.

Il est évidemment quelquefois difficile de guérir un patient de la gonorrhophobie, et de lui persuader que ces filaments, en quelque sorte aseptiques, de ses urines n'ont aucune signification pathologique. Quand on n'y réussit pas il faut essayer le traitement par l'hygiène générale et psychique ; on peut conseiller, par exemple, une cure thermale.

Examen de la sécrétion acide de l'estomac.

M. Talma (*Bern. klin. Wochensch.*, 7 juin 1900) recommande le procédé suivant : Il introduit le matin dans l'estomac bien lavé du malade, un litre d'eau, additionnée de 3 gr. d'extrait de Liebig bien neutralisé. L'introduction de ce bouillon à l'aide de la sonde excite une assez forte sécrétion de l'acide chlorhydrique de l'estomac. Le contenu est retiré au bout d'une heure, et on en compare l'acidité avec celle de la sécrétion chlorhydrique d'un estomac normal, dans les mêmes conditions d'expérience. Dans un estomac normal, l'acidité atteint + 1 p. mille. On se sert comme réactif de la phénolphthaléine. L'avantage du bouillon de Liebig est de ne contenir aucune trace d'albumine, ou en si faible quantité, qu'il n'y pas lieu de tenir compte de l'acide chlorhydrique combiné. Pour l'analyse quantitative de l'acide chlorhydrique, on n'a donc ainsi qu'à déterminer l'acidité totale du liquide retiré de l'estomac.

Traitement de la morphinomanie.

M. Deutsch (*Wiener med. Presse*, mai 1900), propose, dans ce but, l'emploi des injections rectales de morphine. On a déjà fait un grand pas quand on a supprimé la seringue. Or l'injection anale ou rectale facilite beaucoup cette suppression. L'absorption a lieu beaucoup plus rapidement que par la voie stomacale, et étant donné la faible quantité de liquide, injectée dans le rectum on peut croire à une absorption presque totale. Ces injections sont bien acceptées par les malades parce qu'ils en ressentent les effets, et ils se soumettent plus volontiers dans la suite à la suppression de la seringue de Pravaz. On évite les lésions si fréquentes, qui résultent de l'emploi de cette dernière. D'un autre côté la voie rectale offre, sur la voie stomacale, l'avantage de pouvoir moins facilement être utilisée par le malade.

Cette pratique, recommandée par Deutsch, est excellente, sinon pour guérir radicalement les morphinomanes, du moins pour faciliter chez eux la suppression de la morphine.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Hommage à MM. Cézilly et Gassot.

Nos confrères ayant souhaité que partie du produit de la souscription fût consacrée à une œuvre de bienfaisance médicale, la souscription reste ouverte jusqu'à notre assemblée générale de novembre. Chaque fin de mois, nous publierons la liste des nouveaux souscripteurs. On tiendra à honneur d'y figurer.

Dr Maurat, Dr Jeanne.

Le médecin-carte-forcée.

« Le médecin appelé auprès d'un malade *a-t-il le droit* d'envoyer un confrère en son lieu et place, sans avoir obtenu l'assentiment de ce malade »... ?.. — Je dis « *a-t-il le droit* » car on ne peut envisager, ici, que le droit strict ; il ne me paraît pas contestable qu'au point de vue moral, le procédé soit d'un goût douteux. D'une façon générale, et pour l'honneur de notre corporation, j'estime qu'il est fort peu de médecins assez dédaigneux de leur profession pour envoyer à un malade qui les appelle, tel ou tel confrère, et fort peu aussi qui soient prêts à accepter ce rôle de suppléant imposé, de *médecin-carte-forcée*. — Mais s'il en est que le côté moral de la question laisse indifférents, sont-ils du moins en règle avec le droit, avec la loi établie, consacrée par l'usage et les bienséances ?... Je le demande aux lecteurs du *Concours* et, pour ma part, je ne le crois pas....

Aucune profession n'est aussi personnelle que la nôtre : le malade qui se présente à notre cabinet n'accepte pas d'y être reçu par un secrétaire, par un premier clerc, celui-ci aurait-il mille fois plus de valeur scientifique que le médecin lui-même, et serait-il auréolé de tous les diplômes délivrés par la Faculté ?... Le client en pareil cas a cependant la ressource de reprendre le même chemin que celui par lequel il a eu la force de venir. Ce n'est point le cas du malade qui attend dans son lit la visite du mé-

decin et espère de ses conseils un soulagement à son mal : c'est en la science, en l'expérience du docteur A. qu'il a placé sa confiance ; il connaît des cures faites par lui, il a éprouvé déjà son savoir de praticien, ou bien la rumeur publique a vanté son art auquel il recourt ; c'est le docteur A. qu'il a donc demandé, c'est lui qu'il désire, qu'il veut, qu'il attend... et c'est le docteur B qui arrive....

Je sais bien que le malade ainsi déçu conserve encore le droit absolu de fermer sa porte à ce visiteur imposé et d'infliger ainsi un certain affront à ce médecin-carte-forcée ?... Mais combien peu, au milieu de leur lutte contre la fièvre et la maladie, combien peu auront assez de courage, assez de force, pour traduire librement au médecin venu auprès d'eux sans y avoir été appelé, leur étonnement, leur mécontentement, quelquefois même leur dégoût ?.. Avec une mauvaise humeur mal dissimulée, mais qui semble importer peu au médecin, le malade reçoit les conseils de celui-ci qui ne manque jamais de l'aviser qu'il faudra un prodige de science et d'habileté pour vaincre le mal ; d'un œil où l'étincelle de la fièvre et l'épouvante du pronostic ne cachent pas tout l'ennui de la surprise, il regarde ce représentant d'un art qu'il avait appris à respecter jusqu'à ce jour, et il le trouve bien peu digne d'avoir osé franchir un seuil où il n'a pas été demandé... Quelque-fois, rassemblant toute son énergie, il hasardera une timide observation : « Ce n'est pas vous que j'ai appelé, c'est le docteur A. ». Et l'autre, avec un sourire qui voudrait être aimable et qui n'est que cynique : « Le docteur A. est malade et vieux ... c'est moi qui le remplace, tout le monde sait ça »...

Un coup d'oreille dans le dos, un coup d'œil dans le larynx, une ordonnance sur la table de nuit, et le tour est joué...

Voilà des faits qui sont authentiques et sur la valeur desquels les lecteurs du *Concours* sont appelés à donner leur appréciation. Il ne s'agit pas, qu'on l'observe bien, du médecin qui appelé auprès d'un malade, fait savoir à celui-ci qu'il ne peut se rendre auprès de lui et l'avise qu'il va lui envoyer tel ou tel parmi ses amis de la profession ? Non, ceci serait légal, et le malade, prévenu, à l'abri d'une surprise peut encore accepter ou refuser.... Le cas est celui-ci : le docteur A. appelé, promet sa visite, la laisse espérer, ne parle en rien d'empêchement à vaincre, ni de confrère à envoyer à sa place, et sitôt parti le commissionnaire, adresse au malade le docteur B... qui est inconnu de lui ou qui, s'il est connu, eût été refusé par l'intéressé si ce dernier avait été consulté (?).

Que pensez-vous de la méthode, mes chers confrères du *Concours* ? Pour moi, je dis que le procédé est indigne de notre profession. Que l'épicier de la rue, le jour où il s'absente, adresse son client à l'épicier de la place, passe encore, et le sel de l'un vaut bien le poivre de l'autre... Mais l'appel fait à un médecin est essentiellement personnel ; en aucun cas il ne nous appartient de nous faire suppléer par un confrère quel qu'il soit, sans en avoir avisé le malade qui, en l'absence du praticien appelé, doit rester entièrement libre de recourir à tout autre qu'il lui plaira. Et je pense que nous devons nous élever avec indignation contre le médecin qui, dans un but que je ne veux pas connaître ici, se donne le rôle de patronner un confrère, de le produire, de le mettre en avant, de l'imposer là où il n'est pas appelé, de le « lancer » et contre celui qui accepte cette humiliante besogne. Lequel des deux nous paraît-il moins estimable du médecin-lanceur ou du médecin-carte-forcée ?

Un membre du « Concours ».

N. D. L. R. Comme nous voulons croire à l'intention de notre correspondant de soutenir purement une thèse générale, il nous permettra de la discuter. Nous n'arrivons pas à partager ses scrupules et son indignation, et l'adoption de ses idées nous paraît difficile. Si, en effet, la liberté absolue du public de choisir son médecin est chose respectable, il est un autre point de vue que notre confrère n'a pas envisagé. Entre le médecin ordinaire d'une famille et les membres de celle-ci, il existe une sorte de contrat moral par lequel le médecin s'engage à assurer des soins dévoués à ceux qui l'ont choisi. Lors donc que malade, absent, empêché, ou prenant sa retraite, il fait donner ces soins par quelqu'un en qui il a toute confiance, il exécute ce contrat, et on ne peut que lui en savoir gré. Comme, dans ce cas, le public reste toujours libre d'user ou non de ce qu'on lui offre, il n'y a vraiment pas là de *carte-forcée*. Nous persistons à n'y voir qu'une prévenance du médecin à l'égard de sa clientèle, prévenance onéreuse pour lui dans bien des cas. Faut-il ajouter que les réglements l'y obligent souvent quand il s'agit des services de médecine publique ?

Mais ce qui choque notre confrère, c'est l'envoi du suppléant à un malade non prévenu : Franchement, avons-nous à consulter celui-ci sur le choix de l'homme en qui nous mettons assez de confiance pour lui donner charge de nos intérêts et de la santé de nos clients ? S'il n'en veut pas, qu'il le refuse, après avoir reçu ses premiers soins, et tout sera dit. Nous, médecin remplacé, nous avons fait notre devoir. Il n'en serait pas de même si, n'ayant pas choisi un *alter ego*, nous laissions le malade dans la nécessité de recourir à un confrère voisin qui n'a peut-être pas plus sa confiance que la nôtre.

D'ailleurs, à côté de la liberté du public (dont il abuse si bien à notre égard), il y a la liberté et l'intérêt du médecin dont nous tenons à prendre cure.

Et nous concluons que le praticien remplacé ou suppléé est meilleur juge que qui que ce soit quand il s'agit de concilier tout cela.

Quant à ce qui concerne notre *droit strict* en la matière, fasse le ciel qu'aucune législation ne se mette en train de la déterminer, car nous en verrions encore de belles !

CORRESPONDANCE

A propos d'honoraires médico-légaux.

Monsieur le Directeur,

Suivant votre conseil et après avoir communiqué au Procureur général, j'ai fait requête au ministre compétent. On me communique la réponse dont je vous envoie copie :

18 juin 1900.

« Monsieur le Procureur général,

» A l'occasion d'un examen au spéculum qu'il a » pratiqué le 1er mars dernier et auquel votre par-

» quet paraît vouloir appliquer le prix d'une simple visite (8 fr.), M. le docteur Combaud, médecin » à Sancerre, m'a demandé par la lettre ci-jointe, de » décider que l'opération dont s'agit comporte le » prix de l'opération plus difficile (10 fr.) fixé par » le décret du 21 nov. 1893.

» Toute opération qui n'a pour objet que les investigations nécessaires pour permettre au médecin de rendre compte dans son rapport de l'état de l'individu soumis à son examen ne peut » donner lieu qu'à l'allocation du droit simple » de visite qui comprend le premier pansement » souvent compliqué du débridement de la plaie, » de l'emploi de la sonde, d'une saignée urgente, » etc. Les termes « opération plus difficile » ne » s'appliquent qu'aux autopsies, réductions ou amputations de membres et autres opérations de » même importance que la situation du malade » commande de faire immédiatement.

» La prétention de considérer, en thèse générale, » l'examen des parties génitales à l'aide du spéculum, comme une opération plus difficile que la visite avec premier pansement, *n'a jamais été admise par la chancellerie*. Ce n'est que dans des » circonstances tout à fait rares, et en raison des » difficultés exceptionnelles qu'avaient rencontrées » quelques médecins, pour certains examens au » spéculum, que ma chancellerie a cru devoir maintenir en taxe le prix alloué de l'opération plus » difficile.

» Je vous prie en conséquence de vouloir bien » informer M. le Dr Combaud que si l'examen au » spéculum compris dans le mémoire dont il demande actuellement le paiement s'est produit » dans des conditions ordinaires et normales, c'est » le prix de la simple visite qui doit lui être appliqué. »

C'est complet, n'est-ce pas, il faut une amputation pour 10 fr.

Vous pouvez communiquer, au docteur Lande, cette nouvelle interprétation du décret.

Soyez assez aimable pour m'indiquer une ligne de conduite et avertir les confrères de cette décision en date du 18 juin 1900.

Veuillez agréer, cher et honoré Confrère, avec mes remerciements, l'expression de mes meilleurs sentiments. Dr Combaud.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Duliscouet (de Lorient) vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur, comme médecin de réserve de l'armée de mer. Nous lui adressons nos sincères félicitations, comme aux deux autres membres du Concours, M. Paul Petit, notre collaborateur, et M. le Dr Bouquet (de Brest) qui sont, avec lui, les seuls médecins décorés à ce titre.

Le prix Audiffred. — C'est au docteur Yersin que l'Académie des sciences morales et politiques vient de décerner le prix François-Joseph Audiffred pour l'année 1900.

Quelque doute qu'il puisse encore exister sur l'efficacité absolue du sérum antipesteux, nous applaudissons au choix de l'Académie, parce que le prix étant destiné à récompenser *les plus grands dévouements de quelque genre qu'ils soient*, le sejour prolongé du Dr Yersin au milieu des pestiférés lui constituait des titres indiscutables.

Le doctorat des internes de Bordeaux. — La réunion des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Bordeaux a été d'accord d'autoriser les internes de quatrième année à passer leur thèse sans cesser d'être en fonctions durant cette même année, et de demander à l'Administration compétente, pour les internes de troisième année ayant passé leur cinquième examen, le droit de pratiquer, quand il y aura lieu, les opérations d'urgence dans l'hôpital.

Une cuisine pour les malades. — Il paraît qu'à Berlin, avec l'aide de M. von Rath, président de la Deutsche Bank, il vient d'être fondé une cuisine centrale chargée de préparer les aliments destinés aux malades. A tous ceux qui, pour une cause ou pour l'autre, ne peuvent avoir chez eux ou dans leur famille une alimentation conforme au régime prescrit, dans cette cuisine on fournira cette alimentation, soit gratuitement, soit à prix coûtant. Des plats et des vases spéciaux permettront de conserver les aliments à la température voulue pour qu'ils gardent leur qualités. (*Klin. therap. Woch.*).

Les gains du médecin en Amérique. — Ils ne sont pas plus merveilleux qu'en France ; 10.000 fr. dans les grandes villes, 7.000 dans les petites, 6.000 à la campagne, telles seraient les moyennes aux Etats-Unis.

Association médicale anglaise pour l'indemnité maladie. — La 70e assemblée générale de la *Médical Sickness Society* vient d'avoir lieu à Londres.

Le président, Dr Havilland Hall, a consacré son allocution a l'état matériel et moral de l'association et aux résultats de l'exercice 1899 (1). Puis, il exprime le regret de voir le nombre des adhérents augmenter avec trop de lenteur. Lorsque fut fondée la Société, dit-il, nous espérions atteindre avant la fin du siècle le chiffre de 5.000 membres. Or, nous ne sommes pas encore 2.000 et pendant l'année 1899 notre effectif — toutes déductions faites — s'est accru de 69 membres seulement. Il est cependant des exemples qui montrent d'une façon frappante l'utilité de notre Société. Tel, pour n'en citer qu'un, celui de nos adhérents de la première heure qui vient juste de succomber à l'ataxie locomotrice dont il était atteint depuis de longues années. Il a reçu pendant 15 ans l'indemnité-maladie et nous lui avons versé durant ce temps la somme de 43.000 francs.

Parmi les propositions spéciales émises par les médecins présents deux surtout méritent l'attention :

Le Dr Vinrace dit tout d'abord que 31 confrères ont quitté l'association. Il serait intéressant d'en connaître les raisons. Le président partage le même avis, mais pour lui le moyen de connaître le véritable motif des démissions ne peut être que le suivant : que les sociétaires, connaissant personnellement les démissionnaires s'adressent à ces derniers pour élucider si possible les causes de leur départ.

Le même Dr Vinrace demande ensuite qu'il soit procédé à la modification de l'article 4 des statuts Cet article veut que tout sociétaire en retard de 6 mois pour sa cotisation soit suspendu du droit à l'indemnité. Or, certains confrères se trouvent dans ce cas en raison de difficultés financières. En pareille circonstance l'auteur propose d'accorder quelques facilités à ces sociétaires pour qu'ils puissent payer l'arriéré. Après plusieurs avis contraires cette proposition est adoptée en principe.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MEDICAL »

N° 4.524. — M. le Docteur Ferroud, de Chasselay (Rhône), presenté par MM. les Docteurs Bonnet et Grabinski, de Neuville-sur-Saône et membre de l'Association et du Syndicat des médecins du Rhône.

N° 4.525. — M. le Docteur Marsy, de Anor (Nord), membre de l'Association des médecins du Nord.

N° 4.526. — M. le Docteur Saint-Pierre, de Nantua (Ain), présenté par M. le Docteur Lépine, de Belleville-sur-Saône (Rhône).

(1) Voyez *Concours médical* du 23 Juin 1900.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 30 28 JUILLET 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les médailles de la mutualité.

L'Officiel du 18 juillet consacre 52 pages à la publication d'une liste de SIX MILLE récompenses attribuées à des bienfaiteurs de la mutualité.

Nous avons aussitôt entrepris, avec un courage dont on nous tiendra compte en cette tropicale saison, de relever les noms des médecins que nous comptions trouver là par centaines.

Mais la tâche a été beaucoup plus simple que nous ne l'avions pensé.

Il y avait en tout 33 nominations ! A peu près 1/2 % ! !

Encore ne faut-il pas croire que ces récompenses aient été toutes motivées par les services d'ordre médical pur et simple, rendus avec le désintéressement que l'on sait. Non, le nombre de celles-là est de 18, dont 15 pour Paris, *et 3 pour la province* ! ! !

Dans les quinze autres, nous en trouvons 5 qui sont attribuées à des dévoués de nos œuvres médicales mutuelles, MM. Letulle, Hénocque, Thomas, Nogué (Paris) et Gairal (Ardennes). Cela, c'est bien.

Les septs suivantes ont été gagnées à la force du poignet par des confrères qui n'ont pas hésité devant les présidences, secrétariats, trésoreries, où l'administration des Sociétés extra-médicales.

Les trois dernières, en revanche, nous apportent une compensation appréciable. Par elles, nous sommes décorés de médailles d'or, en les personnes de MM. Lannelongue, Gyoux et Pouliot, membres du Conseil supérieur de la mutualité.

Voilà le bilan complet des témoignages de reconnaissance au corps médical.

Que dites-vous, chers confrères, de cette petite statistique ?

Nous en concluons, nous, que la Mutualité a ce qu'il faut pour faire son chemin... sur notre dos.

Peu d'honoraires, moins encore de médailles : c'est bien là l'indice de cet esprit d'économie qui caractérise les bonnes maisons.

Seulement les proverbes disent aussi que si l'on tire trop sur la corde......

Et nous trouvons qu'on a déjà trop tiré.

H. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

Eau oxygénée contre les hémoptysies.

M. *A. Jousset* rapporte, dans la *Gazette des Hôpitaux*, l'observation d'un jeune homme de 20 ans atteint d'une tuberculose à forme congestive, et de date récente, depuis peu localisée au sommet droit, avec hémoptysies abondantes que rien ne pouvait arrêter.

En présence des dangers imminents d'une syncope, le malade étant presque complètement exsangue, M. Jousset se décida à employer l'eau oxygénée, dont l'application était facilitée par la localisation précise du foyer de l'hémorrhagie. Il fit donc dans le deuxième espace intercostal droit, un peu au dedans de la verticale mamelonnaire et à 3 centimètres de profondeur, une injection intra-parenchymateuse d'un centimètre cube d'eau oxygénée à 12 volumes. L'injection poussée très lentement, à l'aide d'une longue aiguille capillaire, fut très bien supportée. Deux minutes après, le malade accusa une

légère brûlure qui cessa rapidement. L'hémoptysie tomba de 200 grammes, moyenne quotidienne, à quelques crachats sanguinolents et s'arrêta définitivement le surlendemain, après une deuxième injection réclamée par le malade.

Ce ne sera là jamais, probablement, qu'un moyen exceptionnel, mais dont l'idée peut être féconde en applications.

L'urticaire chronique.

M. le Dr *Périer* conseille le traitement suivant contre l'urticaire des enfants :

1° Donner un bain d'amidon, additionné, pour un nouveau-né, d'un verre de vinaigre ; pour un enfant du second âge, d'un demi-litre ou plus.

1° *bis*. Si le bain ne réussit pas, se contenter de lotions d'eau chaude et de coaltar saponiné (une cuiller à soupe pour un verre d'eau).

2° Sécher la peau *sans frotter* et la couvrir de la poudre composée suivante :

Oxyde de zinc......	20 grammes.
Talc..................	80 —
Amidon.............	100 —

3° Ne mettre directement sur la peau que du linge fin, demi usé, et, dans les cas rebelles, emmaillottement d'ouate hermétique contre le prurit.

4° Régime alimentaire sévère pour la nourrice, s'il s'agit d'un nouveau-né ; de l'enfant, s'il est déjà admis à manger de tout ; lui supprimer les soupes, gruau d'avoine, les viandes fumées et les salaisons, le gibier, le poisson de mer, les moules, huîtres, coquillages, les choux, les choux-fleurs, choucroute, ail, oignons, asperges, champignons, fromages fermentés, fraises, framboises, groseilles, noix, vin, café, thé.

3° Combattre la constipation en donnant avant les repas, dans un peu d'eau sucrée, une demi-cuillerée à café ou plus de la poudre composée suivante :

Soufre sublimé..........	àâ 20 grammes.
Crème de tartre.........	
Magnésie................	
Essence d'anis...........	1 gramme.

5° Donner, au cours du repas, pour un enfant de 8 à 15 ans, un granule d'arséniate de fer de 1 milligramme, alternant tous les quinze jours avec dix gouttes de la mixture suivante :

Teinture de belladone...	àâ 10 grammes.
Teinture de gentiane....	

6° En boisson : extrait de malt coupé d'eau alcaline et lait.

7° Eviter toute irritation cutanée externe par les vêtements serrés ou par les médicaments (chloral, antipyrine, térébenthine).

Prophylaxie des abcès du sein.

D'après M. le Dr *Brindeau*, dans le *Bulletin médical*, le plus sûr moyen d'éviter les abcès du sein consiste à combattre les gerçures qui sont si fréquentes au niveau du mamelon.

Pour cela on traitera les mamelons, dans les derniers temps de la grossesse, de façon à les débarrasser de la matière sébacée qui les recouvre, et à durcir l'épiderme pour qu'il soit moins sensible aux traumatismes. Le procédé le plus employé consiste à frotter les bouts de sein, deux fois par jour, avec un petit linge de toile trempé dans l'eau de Cologne ou l'alcool ordinaire. Sous cette influence les mamelons se durcissent et deviennent plus saillants. Si les bouts de sein sont ombiliqués on essaiera de les faire sortir de leur loge en les saisissant entre le pouce et l'index.

Après l'accouchement, l'enfant est mis au sein dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui suivent la délivrance. A partir de ce moment il va falloir prendre les précautions les plus grandes pour ne pas infecter les canaux galactophores. On ne devra donc toucher aux mamelons qu'après s'être savonné les mains et les avoir trempées dans la solution de sublimé. Avant et après chaque tétée la mère se lavera les seins avec un tampon de coton imbibé d'eau bouillie simple ou légèrement antiseptique. Il faudra ensuite placer un pansement propre qui isole les mamelons des contacts extérieurs. Les compresses stérilisées sèches ont l'inconvénient de coller aux bouts de sein, ce qui peut amener l'arrachement des lambeaux épidermiques. Il vaut mieux employer un pansement légèrement humide. Le plus simple est de faire bouillir des compresses fines dans de l'eau boriquée saturée. On les laisse égoutter et on les conserve dans une boîte en fer-blanc préalablement flambée. Après chaque tétée, l'accouchée placera une de ces compresses qui doit dépasser légèrement l'aréole, puis elle la recouvrira d'un morceau de taffetas gommé. Il arrive parfois, surtout chez les primipares, que, malgré ces précautions, il se produise des ulcérations ou des gerçures du mamelon. Ces petites plaies très douloureuses ont aussi l'inconvénient de servir de porte d'entrée aux microbes. Il faut donc les traiter avec soin. On a vanté un grand nombre de topiques contre les crevasses, nous citerons simplement les plus employés. Lepage se sert d'un mélange à parties égales de glycérine et de liqueur de Van Swieten. Marfan recommande la solution suivante :

Eau de roses............	40 gr.
Glycérine................	20 gr.
Borate de soude..........	8 gr.
Teinture de Benjoin.....	12 gr.

Maygrier emploie, dans son service, l'orthoforme pulvérisé ou en solution alcoolique saturée. Le procédé, qui nous a donné le meilleur résultat, consiste à frotter fortement le mamelon avec un tampon imbibé d'éther pour bien le dégraisser, puis à toucher légèrement les crevasses avec de la teinture d'iode. Ce pansement ne doit être renouvelé qu'en cas de persistance de la gerçure. Il est parfois douloureux, mais on peut obvier à cet inconvénient en cocaïnisant le bout de sein avant de laver à l'éther. Dans l'intervalle des tétées, on saupoudrera les crevasses avec du bicarbonate de soude. Cet alcalin neutralise l'acide lactique qui se produit vite quand le lait séjourne dans le pansement. Si les fissures sont profondes, on espacera les tétées et l'on pourra employer avantageusement les bouts de seins en verre, ou les téterelles qui traumatisent moins le mamelon que la succion directe. Cette succion est, du reste, dangereuse à un autre point de vue, car la bouche du nou-

veau-né contient des microbes à l'état normal ; aussi il sera bon de nettoyer cette cavité avec un petit tampon monté, trempé dans de l'eau bicarbonatée. Si l'enfant présente la moindre lésion de la muqueuse buccale (muguet, plaques ptérigoïdiennes, etc.) le bout de sein artificiel deviendra indispensable. Cette précaution sera également bonne en cas d'ophtalmie ou de coryza suppuré.

Les seins peuvent s'infecter soit par voie lymphatique, soit par voie canaliculaire, et il est bien rare que l'abcès du sein n'ait pas été précédé de *lymphangite* ou de *galactophorite*. Si l'on reconnaît ces affections suffisamment vite, on peut, en les traitant, faire avorter l'abcès. La lymphangite s'accompagne de douleur, d'élévation de température (39 à 40°) et de rougeur du sein. Elle est ordinairement fugace et guérit rapidement, à l'aide de pulvérisations chaudes, de pansements humides ou de cataplasmes glacés (Bonnaire).

La galactophorite, beaucoup plus importante dans la pathogénie des abcès du sein, mérite une courte description. Elle débute par une douleur du sein d'intensité moyenne. En même temps, la température s'élève à 38 ou 38°5, rarement au-dessus. La peau garde sa couleur normale, mais, si l'on vient à palper la glande mammaire, on trouve généralement un lobule volumineux et douloureux à la pression. En exprimant le sein on fait sourdre du lait mélangé à du pus. Ce pus, qu'on peut confondre avec des gouttes de beurre, se reconnaît à sa couleur verdâtre et à sa viscosité. Si l'on recueille le liquide sur un coton, le pus fait saillie à la surface, tandis que le lait filtre à travers le coton. On peut faire sortir ainsi une quantité plus ou moins grande de pus, de quelques gouttes à une cuillerée à café. On peut même en recueillir davantage, puisque Gheorghiu, dans un cas, a pu en remplir un verre à expérience. On voit quelle importance clinique offrent ces faits. Si l'affection n'est pas reconnue, et si on laisse séjourner le pus dans le sein, la collection envahit le tissu cellulaire péri-glandulaire et l'abcès est formé ; au contraire, si l'on vide la glande mammaire du pus qu'elle contient, on évitera sûrement cette complication.

C'est Budin qui a démontré le rôle de la galactophorite dans la production des abcès du sein. Voici comment cet accoucheur pratique l'expression. Il faut placer les doigts à une certaine distance du mamelon, puis on appuie directement d'avant en arrière ; on rapproche ensuite l'extrémité des doigts de façon à faire jaillir le lait. Si le sein contient du pus on le voit sortir mélangé à ce liquide. Il faut exprimer la glande dans différents sens de façon à passer en revue les différents lobules. Cette petite opération doit se faire deux ou trois fois par jour, tant qu'il reste du pus dans le sein. Si elle est trop douloureuse, il ne faut pas craindre de faire respirer à la malade quelques bouffées de chloroforme. La pratique que nous venons de décrire est employée dans un assez grand nombre de services hospitaliers de Paris, et, depuis que les seins sont ainsi traités, les abcès deviennent extrêmement rares.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

Sur l'Ichthalbine.

On a, durant ces dernières années, lancé dans la circulation un grand nombre de médicaments nouveaux ; beaucoup l'ont été dans un but souvent commercial et intéressé. Aussi comprend-t on la méfiance qu'éprouvent certains praticiens à l'égard de tous les nouveaux médicaments. Il ne doit pas en être ainsi quand le remède a fait ses preuves au moment où son auteur le présente au corps médical. C'est le cas pour l'ichthalbine, qui est une combinaison d'ichthyol et d'albumine.

Tout le monde sait que, depuis longtemps, l'ichthyol a permis d'obtenir des résultats remarquables en dermatologie, en gynécologie et en médecine interne ; mais on sait aussi que, malgré ses effets remarquables, il a fallu souvent cesser son administration, en raison de son odeur pénétrante et désagréable.

L'ichthalbine possède non seulement toutes les propriétés de sa substance fondamentale, qui est l'ichthyol, mais encore elle n'a, ni mauvaise odeur, ni saveur désagréable. Cela ne veut pas dire qu'il faille supprimer l'ichthyol en thérapeutique, mais on pourra le remplacer par sa nouvelle combinaison, dans les cas où il ne sera pas supporté.

Le Dr Binder (*Wiener Medicin. Wochens.*, n° 22, 1900) a traité, dans l'espace de deux ans, plus de 100 cas au moyen de l'ichthalbine ; et il en a toujours obtenu d'excellents résultats. Voici d'ailleurs quelques remarques sur les observations faites par cet auteur.

En gynécologie, il emploie l'ichthalbine dans les inflammations gonorrhéiques et catarrhales du vagin. Le médicament est insufflé en poudre fine dans la cavité vaginale ; ces insufflations se font quotidiennement ; elles améliorent rapidement l'affection, puis la font disparaître définitivement. La rougeur et l'inflammation de la muqueuse, la sécrétion et surtout les douleurs cessent le plus souvent au bout de 3 ou 4 jours. L'action kératoplastique de ce médicament est aussi remarquable sur les érosions, mais il faut l'employer en assez grande quantité.

Dans les métrites chroniques hyperplasiques, dans les exsudats péri et para-métritiques, Binder se sert d'ichthalbine au lieu de tampons à la glycérine ichthyolée ; ce procédé a l'avantage de ne pas souiller le linge d'une sérosité abondante et graisseuse ; au bout de 24 heures, l'ichthalbine ne laisse que quelques grumeaux gris-verdâtres, qui n'incommodent pas les malades. Ainsi qu'il a été dit plus haut ce médicament ne dégage pas de mauvaises odeurs.

L'ichthalbine possède aussi des propriétés antiseptiques, tonifiantes et régénératrices. Aussi Binder s'en sert-il dans les catarrhes chroniques du nez, avec hypertrophie de la muqueuse, sous forme d'une poudre fine, que l'on prise 2 ou 3 fois par jour. Quand il y a des granulations sanieuses et des excorations, pour obtenir une action encore plus tonifiante, on mélange l'ichthalbine à la poudre de feuille d'eucalyptus, dans la proportion de 5/1.

Ce médicament nouveau donne également de bons résultats dans les plaies granuleuses, les

ulcères chroniques de jambe. En pareil cas, il égale l'iodoforme au point de vue antiseptique, il est plus tonifiant et plus kératoplastique que lui, enfin il n'a pas sa mauvaise et pénétrante odeur. On saupoudre d'ichthalbine la surface cruentée une ou deux fois par jour, et on met un imperméable. La guérison est assez rapide.

Ce remède trouve aussi de nombreuses indications en otologie et en dermatologie, car, outre les propriétés que nous lui connaissons déjà, il n'est pas irritant, et nullement toxique même à des doses assez fortes.

L'ichthalbine est également indiquée comme médicament interne, quand il y a production exagérée de micro-organismes, inflammation de la muqueuse intestinale, ou hypertrophie des ganglions du mésentère. Elle rend de grands services dans les catarrhes chroniques de l'estomac et de l'intestin ; on la donne à la dose de 0,50 à 1 gr., 3 fois par jour ; on peut encore l'associer à l'acide salycilique dans la proportion de 2 pour 1. Dans la fièvre typhoïde, sans complications, l'auteur s'est très bien trouvé de la prescrire comme seul médicament ; il l'alliait au lactophène, à la dose de 0,50, toutes les quatre heures. Cette médication aurait pour effet, d'après Binder, non seulement d'écarter les complications, mais encore de diminuer la durée de la maladie. En l'employant de bonne heure, l'ichthyol, mis en liberté d'une façon incessante, au contact du contenu intestinal de réaction alcaline, aurait ainsi, à l'état naissant, une action plus énergique ; il empêcherait une tuméfaction excessive des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques. En outre, les bacilles d'Eberth diminueraient de nombre et de virulence dans le sang saturé d'ichthyol. Les malades prennent très volontiers ce médicament. Des expériences furent faites également avec l'ichthyol, pris sous forme de capsules ou de tablettes ; mais jamais les résultats ne furent aussi favorables ; d'ailleurs le goût de ce médicament était désagréable et presque nauséeux, et impossible à dissimuler.

Bref, l'ichthalbine est un médicament très recommandable, tant pour l'usage externe que pour l'usage interne.

L'Hétol ou Cinnamate de soude dans la Phthisie pulmonaire.

Parmi les médicaments de ce genre, recommandés ces derniers temps par Lauderer, il faut citer le Baume du Pérou, l'acide cinnamique, puis finalement le cinnamate de soude ou hétol. Landerer aurait obtenu par l'hétol de grandes améliorations, et même des guérisons. Les observations ont d'ailleurs été vérifiées par un assez grand nombre d'auteurs.

Ewald (*Berliner Klinische Wochens.*, 1900, n° 21) avait déjà expérimenté il y a 10 ans, les injections de baume du Pérou émulsionné ; mais il avait été arrêté rapidement par un cas de mort, qui s'était produit consécutivement à une injection, et était vraisemblablement dû à une embolie graisseuse.

Enfin, l'année dernière, Ewald a repris ses expériences avec le cinnamate de soude au hétol. Il a traité 25 cas de phthisie pulmonaire, dont un cas de phthisie laryngée ; les malades ont été pris dès que l'examen physique a révélé des lésions. Dans 11 cas, il n'y a jamais eu de fièvre ; dans 10 cas, il s'est produit des périodes fébriles intermittentes, et dans 4 cas, la fièvre s'est manifestée d'une façon continue. Aucun des malades ne présentait de cavernes pulmonaires ; mais tous, sauf 2, avaient des bacilles dans leurs crachats ; néanmoins ces 2 cas ne laissaient aucun doute sur l'existence de la tuberculose.

La durée du traitement fut naturellement très variable, de 18-30 à 300 jours. D'après Landerer, l'injection doit être intra-veineuse et quotidienne. On fait une solution de hétol, dont on injecte 1 milligramme, en augmentant tous les deux jours la dose jusqu'à ce qu'on arrive à 15 milligr. par jour, maximum qu'il ne faut ordinairement pas dépasser.

Ewald a fait un total de 461 injections, sans avoir jamais aucun accident. Il faut naturellement bien nettoyer le bras ; on injecte généralement la veine médiane, après avoir fait une ligature du bras au-dessus. Quand on a enfoncé la canule de la seringue, on retire légèrement le piston, et on voit apparaître une gouttelette de sang, ce qui indique qu'on est bien dans la veine.

La raison pour laquelle Landerer conseille l'injection dans la veine est la suivante : C'est par la circulation que se propage la maladie, c'est donc par la même voie, qu'il faut obtenir la guérison. Ewald s'est conformé à cette méthode, quoique n'admettant pas tout à fait cette théorie, car les bacilles peuvent aussi pénétrer par les organes respiratoires, ou par la voie lymphatique. Pour Landerer, l'acide cinnamique, par son action clinico-toxique, provoquerait une inflammation artificielle, et une augmentation des globules blancs dans le sang. Ceux-ci se jetteraient sur les nodules tuberculeux pour les enkyster ; il en résulterait une transformation fibreuse des masses caséiques.

Ces effets ont été vérifiés expérimentalement sur des lapins.

Sans compter l'influence de ces injections sur la phthisie, on a remarqué qu'elles prédisposaient aux petites hémoptysies ; l'expectoration deviendrait légèrement sanguinolente, ou parsemée de stries sanguines. Par contre, il ne serait jamais survenu de grandes hémoptysies. On sait d'ailleurs que toutes les préparations qui augmentent la leucocytose, l'essence de térébenthine, la pilocarpine, les injections de camphre, certaines préparations organo-thérapeutiques, prédisposent également aux hémorrhagies capillaires. En outre, un fait que Landerer n'a pas signalé, c'est que certains malades ont éprouvé de la lassitude et du sommeil, au point que deux malades ont refusé de continuer le traitement. Cette observation est absolument certaine, car ces symptômes disparurent avec la cessation des injections.

Jamais le traitement n'eut d'influence sur la courbe de la température, pas plus que sur les sueurs nocturnes des phthisiques. Remarquons, en passant que le formol, en faible solution alcoolique, recommandé ces temps derniers contre les sueurs des tuberculeux, n'a presque jamais donné de résultat.

D'après Ewald, les injections d'hétol amenèrent la guérison dans 3 ou 4 cas, l'amélioration dans 5 cas ; un arrêt de la maladie dans 6 cas ;

tandis que l'affection continua à progresser dans 10 cas.

L'anatomie pathologique montra dans les poumons d'un malade de nombreuses cicatrices fibreuses, nulle part des poussées récentes, et cependant le malade avait succombé aux phénomènes cliniques de la phthisie ; jusqu'à sa mort on trouva, des bacilles tuberculeux dans les crachats. Un malade de 28 ans se trouva particulièrement bien du traitement, après avoir eu une hémoptysie abondante et des bruits de râles dans les deux sommets. En 127 jours, le malade reçut 33 injections, qui furent cessées les 22 derniers jours de son séjour à l'hôpital. L'expectoration avait cessé, et aux sommets on n'entendait qu'une respiration rude sans râles.

En résumé, Ewald n'a obtenu la guérison que dans 8 % des cas, ou 16 % si l'on compte les cas douteux ; cette proportion est assez éloignée de celle de 85 % annoncée par Landerer. Un pareil résultat ne pourrait s'expliquer que par l'influence thérapeutique concomitante du sanatorium. Mais les résultats sont encore assez nombreux et assez nets, pour qu'on soit autorisé à continuer et à étudier ce traitement. Landerer reconnaît comme tout le monde qu'on ne peut plus rien obtenir dans les cas de destruction pulmonaire avancée avec fièvre. Il est certain que le traitement dans un sanatorium offre plus de chances de succès ; mais certains cas, qui séjournaient depuis longtemps sans amélioration dans les sanatoriums, ont été soulagés ou guéris en quelque mois, ce qui ne peut s'expliquer que par réaction du traitement spécial.

D'autres cliniciens ont également expérimenté la méthode de Landerer, et en particulier dans quelques cas avancés, afin de pouvoir étudier à l'autopsie, l'état du poumon. La conclusion en en est que le traitement par l'hétol, aux doses indiquées par Landerer est inoffensif et sans danger. On peut utiliser la même veine pour 50 ou 60 injections. L'hétol n'a présenté aucune influence spécifique sur la tuberculose pure; l'évolution a été ce qu'elle est dans de bonnes conditions hygiéniques.

L'action sur la muqueuse bronchique, dans les injections mixtes, s'est manifestée après 4 à 6 semaines ; la secrétion est devenue plus fluide sans que les bacilles en fussent modifiés ; mais la marche défavorable paraît avoir été ralentie. Le plus souvent on n'a constaté aucune influence sur les affections laryngées et intestinales, non plus que sur la température. Dans quelques cas, la tendance aux hémoptysies était telle qu'il a fallu momentanément interrompre le traitement. Hautemann a vu un cas de tuberculose très intense à son début, qui prit sous l'influence de l'acide cinnamique une évolution favorable, et guérit contre toute attente.

Expérimentalement, on constate, sur des lapins infectés, la leucocytose produite par les injections ; les leucocytes s'assemblent autour du foyer, qui cependant ne se ramollit pas ; il se forme tout autour une prolifération conjonctive intense, et le tubercule est transformé en tissu cicatriciel.

Bref, le cinnamate de soude n'est pas un spécifique de la tuberculose, c'est un remède qui influence les tissus malades dans une direction déterminée. Il est nécessaire d'expérimenter encore son action.

Du traitement de la pelvi-péritonite.

Stratz s'élève vivement contre l'intervention hâtive dans les maladies des annexes des organes pelviens. Aujourd'hui, contrairement aux pratiques de Lawson-Tait, on est devenu plus conservateur.

Stratz opère rarement ; pour 100 cas d'annexites de sa clinique, il n'a fait que 20 laparotomies, et encore avec des indications secondaires.

Il préfère le traitement médical. Après avoir rappelé le massage gynécologique de Thure-Brandt, les pansements à l'ichthyol de Freund, il donne les résultats du traitement par l'irrigation à l'eau chaude, qu'il emploie dans son service. Pour éviter les brûlures de la vulve, plus sensible que le vagin ou l'utérus, il a imaginé un spéculum spécial.

L'eau peut être portée à 60° C. Le mieux est de faire l'irrigation à 40° ou 50° C. environ, avec 4 litres d'eau par jour, la malade restant étendue sur son lit.

Les cas d'origine puerpérale ou gonococcique donnent les meilleurs résultats. Les lésions tuberculeuses sont peu amendées. Les cas fébricitants sont très favorables ; la fièvre tombe du 2ᵉ au 4ᵉ jour.

Presque toutes les annexites sont curables, au moins au point de vue fonctionnel.

Seuls les cas gonococciques anciens ou les cas de tuberculose indiquent l'opération sanglante.

Pour Stratz, la mortalité par annexite doit être nulle, si on n'intervient qu'avec des indications limitées, car les statistiques opératoires sont chargées, relativement à la bénignité de l'affection.

Sérothérapie de la lèpre.

La sérothérapie de la lèpre vient de faire un grand progrès, en ce sens qu'on vient d'établir les conditions de culture du microbe de Hansen, et que par conséquent, on pourra inoculer aux chevaux, dans le but d'obtenir du sérum antilépreux, non plus le sérum sanguin des malades, mais bien des cultures ayant passé au filtre de Kitasato. C'est au docteur Juan Carrasquilla que revient le mérite de ce travail.

A la conférence de Berlin pour la lèpre, en 1897, on avait établi qu'il était impossible de trouver le bacille de Hansen en dehors de l'organisme humain ; il était donc tout indiqué de choisir le sérum sanguin de l'homme comme milieu de culture. Ayant recueilli aseptiquement du sérum humain, l'auteur le gélatinisa. Il commença par en remplir au 1/3 des tubes à essai, les mit pendant 24 heures à l'étuve à 37° ; dans aucun d'eux le sérum ne subit d'altération ; il était par conséquent aseptique. Un examen microscopique démontra la même chose. Après cet essai préalable, l'auteur procéda à sa gélatinisation.

Sur ce milieu, il obtint, au bout de 24 heures, à 37°, des cultures ayant une forme arrondie, à contours irréguliers, les unes jaunâtres, les autres d'un blanc opalescent. L'ensemencement était fait avec la sérosité, recueillie directement sur des lépreux.

Carrasquilla essaya ensuite, avec succès, d'en-

semencer les cultures obtenues sur du bouillon de bœuf, préparé d'après la technique de MM. Thoinot et Masselin.

Enfin, l'auteur vit que la bacille de Hansen était animé de mouvements, contrairement à l'opinion émise par le Professeur Spronck, d'Utrecht. Pour cela il suffit de mettre sur une lamelle, et de recouvrir ensuite d'un couvre-objet une goutte de bouillon, ensemencé depuis cinq jours ; la chose est plus visible, quand on colore avec une solution étendue de bleu de méthylène. Les bacilles perdent leur mobilité au bout d'une heure.

Les inoculations expérimentales n'ont pas été faites.

Bref, voici les conclusions, posées par Carrasquilla, au sujet de la technique de culture.

1° Le bacille de Hansen se cultive très bien sur le sérum humain gélatinisé ; l'ensemencement se fait avec de la lymphe de lépreux, recueillie suivant la méthode de Herman.

2° Si, au moyen de cette première culture on en ensemence une deuxième, on obtient une culture identique à la première.

3° Le bacille de Hansen pousse aussi sur le bouillon de bœuf ensemencé avec une des cultures précédentes.

4° Ce bacille cultivé sur bouillon est aérobie et mobile.

5° Les conditions de culture sont les suivantes: *a*) température constante de 37°C. Celle-ci peut tomber pendant quelques heures à 25°. Si elle monte à 45°, on compromet la mobilité du microbe, on arrête la culture ; *b*) bouillon de bœuf neutre, ou faiblement alcalin ; *c*) des récipients accessibles à l'air, car le bacille est aérobie ; *d*) un ensemencement provenant d'une culture de cinq à dix jours.

6° A présent qu'il est facile et pratique d'obtenir des cultures du bacille de la lèpre, on pourra résoudre aisément les différentes questions relatives à la nature infectieuse de cette maladie, et surtout le grand problème de la guérison de ce fléau !

Etude expérimentale sur les effets de la médication thyroïdienne.

Cette étude, faite par le Dr *Porges* (*Berl. klin. Wochens.*, mars 1900) montre que la glycosurie peut se produire comme phénomène consécutif à la médication thyroïdienne ; elle en est souvent une des complications les plus importantes et prouve une altération dans l'assimilation des hydrocarbonées. On l'observe, en même temps que les autres troubles dus à la thyroïdine, tels que la tachychardie, l'exophtalmie, etc.

Les expériences de l'auteur portèrent sur les chiens ; il les observa attentivement avant l'administration de corps thyroïde, pendant cette médication, et dans la période consécutive. Il en tira les conclusions suivantes : chaque fois que l'animal absorbait de la thyroïdine, il se produisait, à côté d'une désassimilation plus grande des graisses et de l'albumine, une glycosurie très appréciable ; le sucre éliminé était de la lévulose, à la dose de 0,50 cent. pour 100. Ce phénomène persistait même pendant quelques jours dans la période consécutive à la médication.

Cette glycosurie se produit également chez l'homme ; c'est pourquoi il faut restreindre le plus possible, ou n'employer qu'avec de très grandes précautions la thyroïdine dans le traitement de l'obésité. En effet, non seulement ce procédé donne des résultats incertains, mais encore il expose à de grands dangers. Il faudra donc, pour lutter contre l'obésité, employer les cures ordinaires de diète et de boisson, et n'avoir recours qu'en dernier lieu à l'administration de corps thyroïde.

Traitement de l'ophtalmie blennorrhagique.

Wolfberg recommande en pareil cas des lavages quotidiens de la conjonctive et des culs-de-sac conjonctivaux, au moyen d'une solution de formaline à 1/100 ; pour cela il faut retourner la paupière supérieure, et abaisser fortement la paupière inférieure. On instille ensuite 2 gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100, puis on met dans l'œil une pommade à l'airol, au xéroforme ou à l'ichthyol (5 %). Quand le malade rentre chez lui on doit fréquemment entr'ouvrir ses paupières pour enlever le pus avec de la ouate à la formaline ; puis on lave à la solution de formaline, indiquée plus haut, et on assèche avec de la ouate. (*Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges*, 1900.)

L'encre en thérapeutique.

D'après *Leistikow* (*Monatschrift f. prakt Derm.* 1899), les bains et les pansements à l'encre agiraient très bien sur la peau, en la tannant pour ainsi dire, en calmant l'irritabilité des terminaisons nerveuses. La solution employée comporte 3 à 10 % de tannin et 2 à 5 % de sulfate de fer. La préparation doit toujours être de date récente. On l'emploie avec succès dans l'érythème, le *prurit*, l'herpès génital, l'eczéma, etc.

Un cas de pancréatite aiguë suppurée.

Pendant les premiers temps de l'affection *Doefler* (*Mnüch. Med. Wochensch.* 1900), ne relève comme symptôme prédominant qu'une douleur lombaire très intense ; ce qui le fit tout d'abord songer à un lombago, ou à des rhumatismes. Mais à un moment donné la fièvre s'alluma, l'état général devient de plus en plus mauvais, puis l'urine devint glycosurique ; ce qui fit songer à une affection du pancréas.

Remarques sur l'albuminurie cyclique.

Rudolph de Magdebourg (*Centralblat f. in. Med.* 1900) a pu vérifier la théorie de Stirling, d'après laquelle, dans l'albuminurie cyclique, l'apparition de l'albumine dans les urines serait en relation étroite avec la position debout du malade. Il s'agit d'une jeune fille, atteinte de cette affection ; vingt minutes déjà après que celle-ci avait quitté le lit pour se promener dans sa chambre, apparaissait dans l'urine la réaction albumineuse, et au bout d'une demi-heure de repos au lit, l'albumine disparaissait de nouveau.

L'auteur ne serait pas éloigné de croire, en pareil cas, à une sorte d'albuminurie par stase.

Quant à la cause de cette stase, elle est encore inconnue. Toujours est-il, qu'il ne faut pas condamner les enfants au lit pendant plusieurs mois, dans un but thérapeutique ; l'albumine reparaît sans cesse lorsqu'ils se lèvent. Mieux vaudrait, d'après Rudolph, un séjour prolongé dans le Midi. Il aurait pu, de la sorte, obtenir 2 guérisons.

HYGIÈNE

Le Corset.

La lutte homérique qui se poursuit depuis tant d'années entre le Corps médical et la mode de ce corset bizarre qui tient si grande place dans l'étiologie des maladies chez la femme, n'avait pas eu pour nous jusqu'ici de résultats éclatants.

Mais elle vient d'être portée courageusement sur le terrain de la pratique par Mme Gaches-Sarraute, docteur en médecine, qui, à contre cœur et par pure conviction, s'est attachée à rechercher et à fabriquer elle-même, comme un orthopédiste, le corset rationnel qui convient à chaque femme.

Ses communications à la Société d'hygiène et à l'Académie de médecine (seule publicité qu'elle ait employée), avaient attiré déjà notre attention. Mais nous n'eussions pas tenté pour si peu de troubler l'indifférence ou le scepticisme de nos confrères. Il a fallu que les hasards de la clientèle nous éclairent sur la valeur réelle des résultats obtenus, pour que nous nous décidions à parler ici de cette question beaucoup plus importante qu'il ne le paraît.

Madame Gaches-Sarraute vient de publier chez Masson, éditeur, sous le titre : *Le Corset*, une étude physiologique et pratique, écrite pour les médecins, et que nous les engageons vivement à lire.

Et, en attendant, nous nous faisons un devoir de reproduire ce que dit à ce sujet M. le Dr Chervin, dans le journal *La Voix* :

« Il y a quelques années déjà, nous avons publié un très remarquable article sur le corset (1895, p. 209), par Mme Gaches. Se plaçant au point de vue de nos lectrices qui s'intéressent particulièrement au chant, Mme Gaches leur avait soumis quelques considérations « tant au point de vue de leur santé en général et de leur beauté plastique que des nécessités professionnelles de la respiration et de l'émission du son ».

Depuis ce temps, nous savons que plus d'une en a fait son profit, et nous connaissons nombre d'artistes de nos premières scènes parisiennes qui ont suivi les conseils de la collaboratrice de la *Voix*, et s'en sont bien trouvé.

Avec une ténacité et une intelligence peu communes, Mme Gaches a poursuivi sa campagne de réforme de l'hygiène du costume féminin, et nous nous félicitons d'avoir été un des premiers à l'encourager dans sa tentative scientifique.

Elle a complètement réussi et nous l'en félicitons de grand cœur.

Non seulement elle est parvenue à faire un corset rationnel, mais son succès a été tel que les industries qui fabriquent des corsets ont renoncé aux appareils barbares que, de temps immémorial, ils avaient l'habitude d'imposer à leur clientèle, pour essayer de s'assimiler les notions nouvelles mises en lumière par Mme Gaches. Il faut dire cependant que, manquant des notions anatomiques et physiologiques qui, quoi qu'on dise, sont indispensables en pareille matière, ils n'ont pu profiter complètement des études et des publications scientifiques de Mme Gaches, et que ce sont plutôt, pour la plupart, de mauvaises imitations que la mise en pratique des règles prescrites par notre collaboratrice.

Nous ne craignons pas de l'affirmer, la confection et l'expérimentation du corset nous paraissent rentrer dans le domaine exclusif des femmes-médecins.

Le corset est, en somme, le plus répandu de tous les appareils orthopédiques, puisqu'il s'adresse d'abord à la femme bien portante et que toutes les femmes le portent. Il est du domaine de l'hygiène lorsqu'il est considéré comme vêtement capable de conserver la santé et du domaine de la thérapeutique lorsqu'il devient un moyen palliatif ou curatif de certaines affections. C'est à ce double titre qu'il pouvait séduire une femme-médecin et c'est l'intérêt passionnel de cette double étude qui a entraîné Mme Gaches, malgré elle, de plus en plus, vers la solution d'un problème complexe et ardu. « Pour se consacrer à ce travail, il ne fallait pas craindre — nous dit-elle — la dépréciation qui peut s'attacher à une entreprise de ce genre, excessivement délicate pour un médecin. Mais, j'étais décidée, dès le premier jour, à conserver au but que je poursuivais son caractère scientifique et à observer la plus stricte correction professionnelle. Obligée pour mener mon œuvre à bien de m'en occuper personnellement, tant en théorie qu'en pratique malgré le peu de goût que j'avais pour certaines questions matérielles, ce me sera un dédommagement et une consolation si, au milieu des difficultés de ma tâche, j'ai pu replacer la question du corset dans le domaine de l'hygiène et de la thérapeutique. »

Voyons, maintenant, sur quelles bases Mme Gaches a édifié son corset.

Il ne faut pas oublier tout d'abord que le corset est un appareil toujours serré et qu'il est de la dernière importance de savoir dans quel sens il presse sur les organes, s'il les refoule au lieu de les maintenir ; il est donc indispensable de saisir la position de chacun d'eux.

Il faut tenir compte de la conformation du squelette au point de vue de son rôle vis-à-vis des viscères ; savoir sur quels os et sur quelles régions on peut prendre des points d'appui. Ceci connu, noter les variations individuelles pour pouvoir modifier indéfiniment la forme de l'appareil. Par conséquent, avant toute chose, il faut connaître la forme du squelette du sujet, délimiter les os par la palpation et noter les points de repère sur lesquels devra porter le corset.

Le squelette présente des variations souvent considérables. Chez certaines personnes, la base du *thorax* est très évasée, les fausses côtes saillantes, l'écartement qui le sépare du bassin nettement marqué. Chez d'autres, au contraire, la cage thoracique est amoindrie ; les dernières fausses côtes, resserrées dans le sens transversal, bombent vers le bas et se rapprochent de la

crête iliaque, jusqu'à rendre inappréciable l'intervalle qui les sépare.

Mêmes remarques pour le squelette du *bassin*. La crête iliaque est parfois très évasée en dehors ; d'autres fois, au contraire, elle est effacée, se dirige en haut dans sa partie moyenne, jusqu'à atteindre les dernières fausses côtes ; la crête iliaque est dans la taille, et le point d'appui qu'on doit prendre pour poser les jupes se trouve sur la fosse iliaque externe. Dans d'autres cas encore, la masse osseuse sacro-iliaque s'épaissit énormément et surplombe la région hypogastrique. Parfois, enfin, la crête iliaque est très peu saillante, surtout son pourtour. le bassin est fuyant il ne s'élargit que vers le trochanter.

Ces détails sont indispensables à connaître pour qui veut construire un corset physiologiquement acceptable.

L'examen des parties molles doit aussi retenir l'attention du spécialiste. « Les femmes qui ont conservé leurs formes originelles sont rares. Presque toutes ont le ventre saillant et le buste plat, cette déformation correspondant à la forme conventionnelle que la femme s'est donnée à l'aide de son corset habituel. Quelques-unes présentent enfin une paroi abdominale rectiligne : ce serait là le type normal.

Ceci étant posé, quel doit être le rôle d'un bon corset ? Ce sera de soutenir les vêtements et d'empêcher la constriction des liens autour de la taille, de façon à éviter le refoulement des viscères vers le bas sous l'influence de cette constriction.

Pour cela, le corset doit être placé autour de la taille, mais encore faut-il préciser sur quels points il peut s'appuyer.

« En aucun cas, le corset n'exercera de pression au niveau de la taille : il devra même empêcher que cette pression puisse s'exercer en aucune façon : ceci est le point capital. » Il ne devra pas s'appuyer sur la base de la cage thoracique, constituée par les fausses côtes et les cartilages costaux. Ces organes essentiellement mobiles sont destinés à assurer les mouvements du poumon. Les employer à fournir appui au corset a donc pour premier résultat d'immobiliser le poumon sur la même étendue et de gêner la respiration.

Ainsi, le corset ne peut s'appuyer ni sur la base du thorax, ni sur la taille elle-même : nous voici donc obligés de conclure avec Mme Gaches-Sarraute, qu'il doit reposer sur le bassin, que c'est au bassin qu'il faut faire supporter le poids des vêtements inférieurs et du corset. Si, de plus, le corset, peut être étendu jusqu'aux régions auxquelles il doit sinon compression, du moins protection, s'il peut enfin soutenir la paroi abdominale, il réalisera un maximum de conditions favorables.

Au point de vue physique, un tel corset présente, en effet, l'avantage de s'appuyer sur le bassin, et non sur le thorax : il permet donc la mobilisation de la cage thoracique et de toutes les parties sous-jacentes, et facilite la station debout dans une attitude régulière. Au point de vue physiologique, il permet le libre fonctionnement des viscères abdominaux et, en particulier, de l'estomac. Il devra donc être conseillé à toutes les femmes bien portantes, quel que soit leur âge. Il sera particulièrement indiqué chez l'enfant, puisqu'il laisse toute latitude au développement du squelette, au fonctionnement des viscères thoraciques et abdominaux.

Mais ce n'est pas seulement dans les cas normaux que ce corset devra être préconisé : il trouve encore son application dans un certain nombre de cas pathologiques, et en particulier chez les femmes atteintes de néphroptose, de dilatation de l'estomac, d'affections utérines et surtout de hernies. C'est le devoir de tous les médecins de répandre l'usage de corsets semblablement basés sur l'anatomie et la physiologie des régions auxquelles ils s'appliquent, et d'en faire ressortir les avantages. Car, à côté des femmes aveuglément soumises aux caprices de la mode, « il y aura toujours assez de femmes intelligentes pour résister à toutes les suggestions et pour imposer la vraie mode : celle qui est compatible avec la conservation de la santé ».

Au surplus, rassurons nos lectrices en leur affirmant que nombre de Parisiennes « les plus lancées » portent aujourd'hui ce corset. Elles n'ont rien sacrifié pour cela aux exigences — sacro-saintes, pour elles — de la mode. Elles y ont seulement gagné une santé robuste et, par-dessus le marché, une taille svelte, souple et élancée.

H. J.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Hommage à MM. les Drs Cézilly et Gassot.

MM. les docteurs Grellety, de Paris ; Naudin, de Lorris (Loiret) ; Odin, de Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre) ; Pangon, de Saint-Vallier (Drôme) ; Brassart, de Villers-Cotterets (Aisne) ; de Monvel, de Briare (Loiret) ; Viel, de Pont-l'Abbé-Picauville (Manche) ; Urpar, d'Arles (Bouches-du-Rhône) ; Barrau, de Saint-Leu (Seine-et-Oise) ; Saquet, de Nantes ; Coqueret, de Troyes (Aube) ; Weiss, de Cousances-aux-Forges (Meuse) ; Lefranc, de Carnac (Morbihan) ; Milet, de Noyon (Oise) ; Pargoire, d'Aubenas (Ardèche) ; Joany, de Cubjac (Dordogne) ; Chaudol, de Nice (Alpes-Maritimes) ; Dietrich, de Michelet (Alger) ; Brun, au Lherm (Haute-Garonne) ; Bardon, de Brive (Corrèze) ; Morault, de Rostrenen (Côtes-du-Nord) ; Claverie, de Capvern (Hautes-Pyrénées) ; Andrieu, d'Agen (Lot-et-Garonne).

Total des sommes reçues à ce jour : **2.209** *francs*.

Le charlatanisme et la grande Presse.

La grande presse politique, en prêtant ses colonnes aux réclames quelque peu impudentes des pseudo « Instituts de médecine », établissements où toutes les maladies sans exception (bourse comprise) sont guéries radicalement, est-elle consciente des dangers qu'elle fait courir aux malades et du tort qu'elle cause au progrès scientifique véritable ? Sait-elle que les interventions ténébreuses, souvent inoffensives il est vrai, mais parfois aussi dangereuses, de ces brasseurs d'*affaires médicales* peuvent être attentatoires à la santé de ses lecteurs et jeter le discrédit sur la chose la plus noble et la plus utile au monde : l'art de guérir !

Voici un fait dont je parle uniquement parce que l'occasion s'en présente : J'ai connu, il y a quelques années, un malade atteint à la fois de tuberculose pulmonaire et rénale qui, sans être, je vous l'assure, un naïf, fut cependant obsédé par les longues dissertations qu'il voyait chaque matin dans les journaux sur les guérisons miraculeuses du soi-disant « Institut » médical X. Il écrivit et reçut alors, en réponse, une ordonnance portant pour signature un cachet de médecin et contenant, entre autres choses, un emplâtre spécial (à la cantharide sans doute) dont l'effet fut immédiat : sous l'influence de la cantharide la néphrite tuberculeuse subit une poussée aiguë violente et le malade succomba bientôt.

Pour ma part, je suis fermement convaincu que le jour où la presse (la majeure et la meilleure partie tout au moins) sera éclairée sur le rôle néfaste de ces réclames, elle n'hésitera pas à éliminer cette scandaleuse publicité, faisant ce sacrifice pécuniaire au nom des sentiments d'humanité dont elle aime, à juste titre, à se parer.

En voici d'ailleurs un exemple qui nous vient d'Angleterre. Laissons la parole à notre confrère d'outre-Manche, le *British Medical Journal*, qui publie l'article suivant dans son numéro du 30 juin 1900 :

L'INSTITUT DROUET.

Le *Truth* (1) s'occupe longuement, depuis quelques mois, d'un établissement qui s'est décoré lui-même du nom d' « Institut Drouet ». Le nom, de même que le caractère de cet Institut, établi Regent's Park Road, est familier sans doute à nos lecteurs en raison des nombreuses réclames insérées, ces temps derniers surtout, dans les journaux. Nous avons sous les yeux et nous reproduisons la réponse suivante faite à une personne qui avait demandé des renseignements au « Directeur de l'Institut ». Monsieur, y est-il dit, « le médecin.., après une étude approfondie de l'affection dont vous souffrez, est arrivé à établir le diagnostic suivant : catarrhe naso-pharyngien postérieur chronique. Votre cas n'est pas sans gravité, mais n'a rien d'incurable et le docteur vous conseille de suivre le traitement indiqué dans l'ordonnance ci-jointe, qui a toujours provoqué la guérison, dans des circonstances analogues. Le traitement demande l'emploi de 2 boîtes de produits (leurs noms sont indéchiffrables), prix 5 fr. 60 chacune, un siphon nasal de Jacob, prix 5 fr., deux bouteilles de Phlegmagogne, prix 5 fr. 60, plus 0,60 pour frais de port et d'emballage. Coût total : 22 fr. 50. » Quelques semaines plus tard l'Institut qui, semble-t-il, n'avait pas reçu de nouvelles de son correspondant, écrit à nouveau, disant que si la dépense semblait trop grande « notre médecin emploierait son influence à obtenir un prix réduit ».

Tout cela évidemment ne nous apprend rien de très nouveau, mais a pour effet bienfaisant de provoquer les réflexions suivantes du *Truth* : « C'est un état de choses scandaleux, dit ce journal, que les lois qui réglementent la pratique de l'art de guérir et doivent protéger le public contre l'exercice irrégulier de la médecine, ne contiennent pas le moyen de supprimer un charlatanisme malfaisant de cette espèce. La réforme de la loi à ce sujet est nécessaire et urgente. » Ces desiderata sont exactement ceux du corps médical et il y a longtemps déjà que la *British medical Association* a commencé des démarches pour préparer un amendement de la loi en ce sens. Quant à « notre médecin » dont parle le Directeur de l'Institut, le *Truth* déclare que c'est un membre du Royal Collège des chirurgiens d'Angleterre. Nous croyons savoir que l'Union de défense médicale, dont le secrétaire général Dr Bateman a pris part, de concert avec le Rédacteur du *Truth*, à l'enquête sur le modus operandi de l'Institut Drouet, s'occupe de soumettre le cas au Collège.

P. LACROIX.

(1) Le *Truth*, qui paraît à Londres, est un journal hebdomadaire analogue comme genre au *Cri de Paris*, mais beaucoup plus ancien que celui-ci. Il a de nombreux lecteurs.

L'encombrement médical.

Monsieur le Directeur,

L'article de M. le Dr Jeanne sur l'encombrement médical est des plus sensés. Les études médicales ne durent pas assez en France, et le simple titre de Docteur est trop facile à décrocher.

Prenez un jeune homme paresseux, mais doué d'un peu de mémoire. Si, avec l'aide de répétiteurs, des boîtes à bachot, ou simplement par un coup de chance, il est reçu bachelier, il est sûr ou presque sûr de devenir Docteur un jour ou l'autre.

Le désir d'échapper aux trois ans de service militaire stimule aussi un grand nombre de jeunes gens à la poursuite d'un titre qui leur évite deux ans de service et leur rend bien plus agréable le temps qu'ils passent sous les drapeaux. Vous admettez d'ailleurs qu'on porte à deux ans le service médical militaire de l'étudiant en médecine, et vous avez raison, car à l'hôpital militaire le jeune homme s'instruit et acquiert de l'expérience.

Un an de plus passé dans les services de médecine militaire, et un an de plus passé dans les hôpitaux civils, voilà la douche d'eau froide qui corrigera l'emballement de nos lycéens pour la profession médicale qu'ils viennent encombrer et déprécier par leurs mœurs agressives.

M. Jeanne dit très justement qu'en obstétrique, en gynécologie, en maladies des yeux, du nez, du larynx, de l'oreille, en dermatologie, en syphiligraphie, le néo-diplômé est bien trop peu instruit et compétent.

Exigeons donc que les étudiants fassent un stage d'au moins trois mois dans chacun de ces services, qu'on augmente encore le nombre des examens, et qu'il ne soit plus permis, même aux petits prodiges, d'être Docteurs avant vingt-cinq ans, s'ils ont commencé leurs études médicales à 18 ans.

Six ans d'études, ce n'est pas trop, si l'on considère que les études en pharmacie sont encore plus longues, bien que beaucoup moins étendues en connaissances. Le service militaire de deux ans fera vieillir un peu nos jeunes étudiants, ce n'est pas à regretter.

L'éducation médicale coûtera plus encore aux parents ; vous le dites très bien, par économie ils regarderont à laisser les jeunes gens s'engager dans cette carrière, mais la profession étant

désencombrée sera plus lucrative dans la suite pour ceux qui auront courageusement escompté l'avenir.

Actuellement voici un exemple frappant du tort que cause, non pas tant l'encombrement médical, que la facilité d'arriver Docteur dès vingt-trois ou vingt-quatre ans (par le système de l'officier de santé converti en Docteur). Un jeune homme très sérieux poursuit. pendant neuf ans, des études médicales brillantes ; il passe six années comme externe des hôpitaux, une année comme interne provisoire, il préfère n'acquérir le titre de docteur que quand son instruction est complète. Un autre, moins travailleur, bien plus jeune, ayant échoué au baccalauréat, se hâte de se faire nommer officier de santé, transforme son titre en celui de docteur, saisit une succession médicale. Des deux médecins, le plus jeune est le premier installé ; bien que sans pratique, il se posera comme le plus ancien dans la ville, mettra la main sur les fonctions de médecine publique, fera la chirurgie avec l'aide d'un chirurgien complaisant, et le plus âgé, le plus expérimenté arrivé le dernier verra pendant longtemps la clientèle accaparée par celui qui a terminé non pas le plus brillamment, mais le plus vite, ses études médicales.

C'est cet exemple frappant que je voulais soumettre pour montrer combien on doit approuver ces idées sur la durée assez longue qu'exigent les études médicales.

Toutefois, à un projet voté par tous les syndicats et sociétés confraternelles, projet qui porterait à six ans la durée minima des études médicales, et à deux ans la durée du service médical militaire, j'apporterais l'amendement suivant : « Les fils de médecin, dont le père exerce encore, pourront (tout en passant les mêmes examens), ne pas être retardés par le nombre des inscriptions et les délais ordinaires, et leurs études médicales auront pour minimum quatre ans et six mois ». En effet, lorsque le père exerce, son fils se trouve très instruit sur une foule de questions médicales ; il ne choisit pas sa profession à la légère, il ne sera pas trop incomplet sur les questions réellement pratiques dont il a vu son père préoccupé.

Nous devons à notre confraternité de favoriser les fils de docteur sur les intrus et les cosmopolites de la profession.

Voilà l'idée que je me permettrai d'ajouter à la très heureuse et très synthétique opinion que votre rédacteur en chef a émis pour créer des barrières à l'encombrement professionnel.

Agréez, etc.

Dr J. Thiénot
(d'Abbeville).

L'encombrement médical.

Lettre d'un sceptique qui voudrait croire.

Chaque jour apporte une solution à l'encombrement médical et chacun fournit la sienne.

Le prix de 500 francs destiné, par le *Concours*, à l'auteur du meilleur mémoire sur la question, sera décerné, car il y aura un mémoire *meilleur* que les autres, mais y aura-t-il une solution ?

Avec beaucoup de raison et de bon sens le *Concours* a mis en tête du programme : « Montrer, par des statistiques prises dans la dernière moitié du siècle, que l'encombrement existe réellement, en comparant le nombre des médecins avec le chiffre de la population. »

Nous avons toujours dit que l'encombrement médical en France n'était point comparable à celui des autres pays, et que le malaise attribué à l'encombrement était plutôt le résultat de l'inégale répartition des médecins par rapport à la population. — Mais attendons les résultats statistiques.

En supposant que la pléthore existe dès à présent, quelle valeur peut-on accorder aux nombreuses solutions proposées ?

C'est bien le cas de dire d'elles ce que l'on dit des nombreux remèdes proposés pour une même maladie, c'est-à-dire qu'il n'y en a pas de bon.

Sans vouloir décourager personne, ni faire de la critique de parti pris, passons en revue différentes solutions proposées.

Personnellement, nous repoussons toute solution qui serait une atteinte à la liberté et à l'indépendance du médecin — ou qui prendrait le caractère de fonctionnarisme et nous jetterait dans le collectivisme.

La sélection par voie de concours ? la limitation au fur et à mesure des décès proposées par le Dr Duchesne et le Dr Boyer ? — Comment pourrait-on obliger un lot de cinquante candidats reçus dans ces conditions, à aller remplacer cinquante médecins décédés dans un arrondissement quelconque (1) ? C'est l'impossibilité même, et du coup voilà cet arrondissement sur le point de manquer de médecins, à moins d'un autre concours.

Il y a tant de circonstances, tant de considérations valables et respectables, qui guident le jeune médecin dans le choix d'un poste, qu'il n'est pas admissible d'obliger à aller dans le Nord celui qui veut s'installer dans le Midi, ou d'enfermer dans un village, celui qui précisément a des goûts de citadin.

L'émigration se fait en masse vers les villes depuis la diffusion de l'instruction, et c'est le médecin à qui on refuserait cette liberté !

Cette émigration est désastreuse à tous les points de vue, mais rien ne peut s'y opposer. Et quand le paysan, désillusionné, retournera à son champ, le médecin reviendra aussi à des goûts plus simples. Cette question sera résolue dans l'avenir par une éducation et un enseignement moral nouveaux.

En attendant, il faut déplorer que des cantons pauvres soient dépourvus de médecins et de pharmaciens. La seule solution à cet état de choses serait assurément celle du Dr Guillon, de donner à ces cantons des médecins comme on leur donne des curés, des instituteurs, etc., mais si le médecin devient fonctionnaire, c'en est fini de la médecine et même du rôle social du médecin, qui ne peut s'exercer que librement et sans entraves.

Fonctionnarisme — laisser aller — indifférence — inutilité — vont si souvent de pair !...

Le service militaire ?... La mesure qui ferait

(1) La limitation n'amène pas cette conséquence.
N. D. L. R.

rentrer les étudiants dans le droit commun atténuerait certainement l'épidémie de pléthore mais ne l'éteindrait pas.

La limite d'âge ? on n'oserait y avoir recours, tellement ce serait injuste.

Baccalauréats — difficultés d'examens, de concours ? La France est un pays de quémandeurs, de solliciteurs, et, par suite — c'est l'organe qui fait la fonction — de pistonneurs, de distributeurs de faveur et d'examinateurs faibles et complaisants.

Ce courant-là — inutile de songer à le remonter.

Réserver, comme le demande le Dr Hervé, certaines fonctions administratives aux médecins et écarter les étrangers, apporterait un palliatif bien léger au mal.

Exiger le stage médical chez un confrère, ou l'accomplissement pendant quelques années d'une période d'internat spécial ou de fonctions médicales administratives (Dr Surbled si nous ne nous trompons) sont des mesures tracassières qui ne feraient pas avancer la question d'un pas.

Alors ?

Eh bien, mais alors, ce n'est pas nous qui le verrons, mais certainement nos petits neveux verront disparaître le mal dont nous commençons à souffrir.

Le bien naît de l'excès du mal. — Le microbe pléthorien périra de ses sécrétions.

L'action provoque la réaction. Et quand les médecins, délaissant les campagnes pour chercher dans les villes le bien-être et la fortune, auront bien souffert, quand ils auront prouvé par leurs insuccès et leurs misères qu'ils se sont trompés, l'exemple portera ses fruits.

Aujourd'hui, il est vrai, ce ne sont point ceux-là qui se plaignent de la pléthore, ce sont au contraire les premiers venus, étouffés et submergés en vertu de la loi du *struggle for life*. Mais cette lutte pour la vie est aussi la loi d'équilibre. Le flot monte, mais retombe... puis tout rentre dans l'ordre... attendons un peu... le mal guérira de lui-même...

Médecine expectante? dira-t-on. — Quand il n'y a pas de spécifique — le collectivisme n'en est pas un et serait un remède dont on mourrait sûrement — la méthode expectante, même non armée, est la meilleure.

Mais que les chercheurs continuent...
On n'a jamais pu savoir...

20 mai 1900.

Dr COURGEY.

BULLETIN DES SYNDICATS

et Sociétés locales.

Syndicat de Sedan.

Sedan, 9 juillet 1900.

Mon cher Directeur,

Deux médecins de Sedan ayant été remerciés par la X. pour avoir demandé à cette Compagnie l'application du tarif (forfait de 15 fr., etc.), après avoir en vain essayé d'arranger l'affaire avec la Compagnie, le syndicat médical a décidé de trancher la question de la façon indiquée par *la circulaire ci-jointe.*

Nous espérons que la X. comprendra son intérêt, qu'elle rétablira nos confrères dans leurs services, et qu'elle adoptera notre tarif.

Je vous mets au courant de la situation de la lutte entre les Compagnies d'assurances et leurs auxiliaires les plus indispensables et, nous pouvons bien le dire, les plus dévoués.

Il paraîtrait, *d'après les agents des Compagnies*, que presque partout celles-ci peuvent assurer leur service à leur guise. C'est peut-être possible, mais il n'en sera pas ainsi à Sedan où nous nous tenons très solidairement, avec la conviction d'ailleurs de n'exiger rien d'extraordinaire et surtout rien d'exagéré.

Croyez, je vous prie, à mes sentiments dévoués.

Le Secrétaire du Syndicat médical
de l'arrondissement de Sedan.
Dr PERIGNON.

Circulaire.

Sedan, 7 juillet 1900.

Mon cher Confrère,

Notre président, M. Gairal, est allé hier à Paris voir le Directeur de la Compagnie la X, et lui affirmer de nouveau notre intention de ne plus traiter sur d'autres bases que notre tarif intégralement accepté. Le Directeur de la X n'a pas voulu se rendre aux raisons de notre confrère, et celui-ci l'a prévenu, en partant, de notre volonté ferme de cesser le service de la Compagnie. Je suis en conséquence chargé de vous prier de refuser tout concours à la X.

Quand vous serez appelé par un patron pour un blessé de cette Compagnie, vous serez parfaitement libre de donner ou de refuser vos soins au blessé, le patron restant d'ailleurs toujours responsable du paiement de vos honoraires. En tout cas, il faudra, aussitôt que possible, prévenir le patron que nous n'avons plus de rapports avec sa Compagnie. S'il vous prie de soigner ses blessés quand même, il sera prudent de vous munir d'une demande écrite de soins, signée par lui, et il faudra bien lui spécifier que c'est le refus par la Compagnie de notre tarif qui nous oblige à prendre ces précautions.

Votre note d'honoraires sera établie d'après notre tarif général, 3e catégorie (visite ou consultation 2 fr., déplacement, 1 fr. par kilom.)

Quant à l'application aux accidents du travail du tarif d'assistance médicale gratuite, dont on ne manquera pas de nous menacer, il y a lieu de distinguer. D'après l'interprétation de la loi, le patron est tenu de faire soigner son ouvrier blessé ; il doit donc lui procurer un médecin. C'est seulement lorsque l'ouvrier, usant de son droit, *refuse* le médecin que le patron *doit* lui envoyer, qu'il y a lieu d'invoquer le tarif en question. Ce sera là évidemment une exception. Dans ce cas, le recours de l'ouvrier contre le patron ne peut dépasser la somme portée au tarif d'assistance gratuite ; mais nous avons recours contre l'ouvrier pour le surplus, si notre note établie d'après le tarif 3e catégorie, dépasse la somme allouée par le tarif d'assistance gratuite.

Enfin, il est bien entendu que si vous n'avez pas de traité avec la X., le tarif est applicable à

cette Compagnie à partir du 1er janvier 1900, comme aux autres Compagnies. Envoyez votre note ainsi établie le plus tôt possible ; si vous éprouvez quelque difficulté pour le paiement, le bureau du Syndicat se chargera de vous aider.

Veuillez agréer, mon cher Confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Le Secrétaire,

Dr PÉRIGNON.

Associations des médecins d'Indre-et-Loire

Séance du 29 mai 1900.

Cette séance présente un intérêt exceptionnel, car l'assemblée a été convoquée conformément aux statuts pour décider en dernier ressort, à la majorité des votants, des deux questions primordiales suivantes :

1° Y a-t-il lieu pour l'Association d'Indre-et-Loire de rester agrégée à l'Association générale ?

2° Quels statuts doit-on adopter pour la Société ?

Nos lecteurs savent depuis longtemps par ce journal qu'un mouvement très vif de désapprobation s'était manifesté au sein de la Société vis-à-vis de l'inertie de l'Association générale. Le même mécontentement s'est du reste manifesté dans toutes les Sociétés locales ; il s'agit seulement de savoir si les membres de l'Association d'Indre-et-Loire prendront la détermination catégorique de rompre avec une fédération qui leur demande beaucoup, promet peu et ne tient rien.

A l'avance il était impossible de prévoir quelle décision serait prise, et si l'étude de la question dans tous ses détails avait conduit la Commission chargée du rapport à conclure en faveur de la séparation, rien ne prouvait que cette détermination, prise seulement à regret devant l'impossibilité d'obtenir l'ombre d'une réforme, fût définitivement votée par l'Assemblée.

Le scrutin se ressent de cette double disposition d'esprit : Mécontentement de l'Association générale ; regret d'être obligé d'arriver à la séparation.

Tout sont unanimes à blâmer l'inertie de la grande fédération, un certain nombre cependant regrettent de rompre le lien qui les y unit depuis si longtemps.

Le président recueille les votes des membres présents auxquels s'ajoutent les votes par correspondance.

A une majorité de quelques voix la séparation est prononcée.

Sur la deuxième question : Choix de statuts à adopter, à l'unanimité l'assemblée décide de garder ses anciens statuts qui permettent toutes les créations nouvelles et assurent aux capitaux de la Société pour 20 ans l'intérêt de 4 1/2 0/0.

L'ancien bureau devant être renouvelé et le vote étant remis à une séance ultérieure, le président propose qu'une Commission provisoire soit nommée pour assurer la transmission des pouvoirs à un nouveau bureau et notifier la séparation à l'Association générale.

Sont élus membres de cette Commission provisoire :

Arr. de Tours : Drs Chaumier, Lapeyre, Gibotteau.
— Loches : Drs Boutier, Stecewicz.
— Chinon : Drs Foucher, Faucillon.

L'Association d'Indre-et-Loire conséquente avec elle-même a donc décidé de s'administrer elle-même et de secourir elle-même les infortunes médicales du département.

Nul doute que cette solution certainement avantageuse et à laquelle ne s'opposaient guère que des raisons de sentiment n'amène à la Société de nouveaux adhérents convaincus qu'enfin il sera fait œuvre utile et profitable dans le département.

(*Gazette médicale du Centre.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Les honoraires au chirurgien d'hôpital pour les soins aux victimes du travail. — Le compte rendu de la dernière réunion de l'Association de la Gironde nous apporte encore une bonne nouvelle. On sait que nos confrères de Bordeaux, en dressant d'après le nôtre, leur tarif régional, avaient omis d'y écrire que les soins d'hôpital entraîneraient honoraires pour celui qui les donnerait. A eux, comme à d'autres, notre prétention très réfléchie avait paru sans doute excessive.

Mais ils se sont ravisés et viennent d'adopter la résolution suivante, sur le rapport de M. Audouin :

« Les soins médicaux ou chirurgicaux, ainsi que « les certificats, doivent être, en ce cas, rétribués « suivant le tarif. »

Et le président, M. le Dr Lande, ajoute que cette conclusion a déjà reçu l'approbation du garde des sceaux et la sanction de la jurisprudence.

Donc, encore une généralisation à faire hardiment.

L'expédition de Chine. — Ce n'est pas sans une impression bien pénible que nous voyons partir pour le Peï-ho, les pauvres jeunes gens qui vont payer si lourd tribut à la mer Rouge d'abord, et surtout, ensuite, au paludisme, à la diarrhée et aux multiples infections que leur réserve l'eau détestable de ces régions. Sans doute le ministre a bien fait de se souvenir qu'il est médecin en rédigeant la longue circulaire qu'il adresse aux chefs du corps expéditionnaire. Mais agira-t-on aussi bien qu'on parle ? Saura-t-on se faire écouter dès la période des préparatifs ? Les approvisionnements seront-ils suffisants, méthodiquement transportés, conservés avec soin ? La saison, la hâte, tout conspire à rappeler les obsédants souvenirs de Madagascar.

Les événements donnent à M. le Dr de Lanessan une lourde responsabilité : souhaitons qu'en la circonstance il soit avant tout médecin. Le succès dépend de cela.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4527. — M. le docteur PELLOQUIN, de Draguignan (Var), membre de l'Association des médecins du Var.

N° 4528. — M. le docteur BERNARD, de Vauvert (Gard), présenté par M. le Directeur.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur RÉGNIER, de Vichy (Allier), membre du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : **A. CÉZILLY.**

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 31 4 AOUT 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY



SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Le Congrès de déontologie et de médecine professionnelle.

Aux membres du Concours médical.

La Société d'études que vous avez fondée, il y a vingt ans, à l'appel de notre cher Directeur, vient de recevoir la récompense qu'elle pouvait ambitionner,

Les rapports remarquables et les discussions très intéressantes que nous avons entendus au Congrès de médecine professionnelle, se sont terminés par des votes et des vœux qui reproduisent ceux de nos assemblées générales.

Des hommages publics éclatants ont été rendus à votre œuvre : les conclusions de vos travaux passés ont reçu l'approbation de la très grande majorité des délégués du corps médical.

Vos idées ont tellement bien fait leur chemin dans la masse des praticiens, que nous n'avons même pas eu à prendre la parole pour les rappeler ou les faire accepter.

Nous reproduirons les documents qui ont servi de base à la discussion, ainsi que les vœux adoptés ; ce sont là des pièces à conserver.

Aujourd'hui nous devons nous borner à des constatations générales.

La première est que l'accord se trouve à peu près fait sur les questions qui ont été le plus vivement et le plus longuement discutées.

La seconde est que le Congrès a éprouvé le même sentiment que notre Assemblée générale de 1899, et conclu à la nécessité du groupement des efforts de nos diverses Sociétés, par la création d'un *Comité permanent* dont les membres, ainsi que l'a rappelé M. le Dr Le Gendre, devront être un jour, en très grande majorité, des praticiens.

La troisième, et non la moindre, est que si le corps médical est de plus en plus obligé de veiller sur la défense de ses intérêts gravement menacés, il doit le faire lui-même, par ses propres moyens qui sont : 1° l'initiative doublée de l'entente et de la solidarité ; 2° la prévoyance assise sur des bases aussi larges que solides ; 3° la résistance individuelle et en masse à toutes les exploitations dirigées contre nous. Quant au concours de toutes les Providences officielles, il convient de ne le rechercher qu'après avoir usé nos propres ressources.

Ce court exposé de nos impressions générales et des résultats constatés, nous amène à dire en terminant :

Par le choix de M. le Dr Cézilly comme un de ses présidents d'honneur ; par l'éloge public de son œuvre qui fut la vôtre ; par l'adoption des solutions que nous avions prévues ou proposées au sujet des divers problèmes d'intérêt professionnel, le Congrès médical vient de donner sa haute approbation à la ligne de conduite de notre Société.

Nous continuerons de la suivre.

LE CONSEIL DE DIRECTION.

LA SEMAINE MÉDICALE

Tuberculose et mariage.

Nous avons exposé récemment les idées de M. le prof. Landouzy sur la tuberculose et le mariage ; nous avons aussi indiqué le remède que propose M. le Dr Cazalis.

Voici maintenant les opinions allemandes :

M. *Gerhard* a soulevé la question à la Société de Médecine interne de Berlin, et nous en empruntons le résumé au *Bull. Méd.* :

Si l'on s'en rapporte à ce qu'ont dit les auteurs, il semble que le danger de la tuberculose soit plus grand pour la femme que pour le mari ; l'infection par le conjoint se ferait plus facilement pour elle, d'une part, et d'autre part la grossesse et l'allaitement donnent une activité très grande à une tuberculose déjà existante et plus ou moins latente.

Ainsi H. Weber a fait une statistique intéressant 68 ménages dans lesquels l'un des conjoints était tuberculeux : de 39 hommes sains un seul paraît avoir été infecté par sa femme tuberculeuse ; de 29 femmes saines, 18 sont devenues tuberculeuses, et, chose curieuse, ces 18 femmes ont été infectées par 9 époux seulement. Ainsi, l'un de ces époux redoutables a perdu successivement quatre femmes de tuberculose et un autre trois. Aucune de ces 18 femmes n'a vécu plus de dix-huit mois après son mariage.

Virchow a, depuis bien des années, insisté sur ce fait que le mariage a souvent aggravé une tuberculose préexistante, et que rien n'est plus fréquent que de voir des jeunes gens, appartenant à des familles entachées de tuberculose, mourir peu après s'être mariés. Voici une observation bien faite pour frapper l'esprit. Un jeune médecin, qui avait été tuberculeux, paraissait bien guéri. Après avoir vécu plusieurs années dans un pays dont le climat était rude, il crut avoir démontré sa guérison et il contracta mariage avec une jeune fille dont la famille était parfaitement bien portante. Sa tuberculose se réveilla. Il eut un enfant et ne tarda pas à mourir ; un an après, sa femme succombait aussi à la tuberculose et l'enfant ne survécut que quelques années. On relèverait facilement de nombreuses observations aussi peu rassurantes.

L'infection tuberculeuse peut se faire par les rapports sexuels, bien que le fait ne soit pas absolument démontré. La tuberculose des organes génitaux de l'homme est plus fréquente qu'on ne le croit d'ordinaire. Ainsi Posner, dans le service d'autopsie de Virchow, a trouvé des lésions tuberculeuses des organes génitaux masculins sur 5 % des cadavres et sur 30 % des phtisiques.

Les dangers de l'allaitement pour la femme ont été diversement appréciés, mais il est certain qu'ils sont grands pour la femme déjà tuberculeuse. Le danger existe aussi pour le nourrisson.

M. Gerhardt propose de prescrire que tout individu qui a été tuberculeux doit laisser s'écouler une année au moins entre le moment de sa guérison et celui de son mariage, ou plutôt de ses fiançailles.

Est-on autorisé à interrompre la grossesse d'une femme tuberculeuse ? La question n'est pas toujours aisée à résoudre, mais on est autorisé à le faire lorsque, par l'effet de la grossesse, la tuberculose fait des progrès.

Les tuberculeux sont souvent très attirés par les plaisirs sexuels, et, pour les hommes, il résulte des pollutions fréquentes une grande fatigue. M. Gerhard conseille, en pareil cas, la digitaline à petites doses que l'on augmentera très prudemment.

A propos des rapports de l'infection syphilitique et de la blennorragie avec la tuberculose, M. Gerbardt regarde le traitement antisyphilitique comme indiqué chez les tuberculeux syphilitiques. Pour la blennorragie, la plus grande prudence est de rigueur pour éviter le danger d'une infection mixte et, en particulier, le danger de l'orchite.

M. Fürbringer pense que M. Gerhardt a peint en couleurs trop sombres l'avenir des tuberculeux mariés ; il a vu des mariages, dans lesquels l'un des conjoints était tuberculeux, avoir cependant une évolution favorable aux deux époux. Les hommes tuberculeux, en particulier, se trouvent souvent bien du mariage, qui leur assure une vie plus régulière et des soins plus assidus.

M. von Leyden est aussi plus optimiste que M. Gerhardt. Aux tuberculeux qui le consultent sur l'opportunité de leur mariage, il dit : « Mariez-vous, mais prévenez la famille que votre santé n'est pas complète. » Les conséquences de ces mariages ne sont pas très redoutables pour les enfants, car l'hérédité directe est très rare.

M. Gerhardt dit que le mariage des tuberculeux est un danger dont il faut prévenir le public pour qu'il se décide ensuite en pleine connaissance de cause.

Les injections de calomel dans le traitement des arthrites chroniques non syphilitiques.

M. *de Gorsse*, de Luchon, conseille d'avoir recours aux injections profondes de calomel contre les arthrites chroniques non syphilitiques. Voici comment il faut préparer l'émulsion mercurielle :

1° Prendre une éprouvette graduée de 15 centimètres cubes et un flacon à large ouverture de 45 centimètres cubes ;

2° Laver à l'eau distillée ;

3° Sécher à l'étuve ;

4° Mesurer 15 centimètres cubes d'huile d'olives ou d'amandes douces pure dans l'éprouvette ;

5° Verser dans le flacon à large ouverture ;

6° Peser 45 centigrammes de calomel, l'introduire dans le même flacon ;

7° Boucher avec un tampon d'ouate non hydropbile stérilisée ;

8° Faire chauffer, soit au bain d'huile, soit au bain de sable, soit à l'étuve à une température de 120 degrés et maintenir pendant vingt minutes à cette température ;

9° Laisser refroidir.

Un centimètre cube de cette préparation contient trois centigrammes de calomel.

Technique de l'injection. — 1° Faire coucher le malade sur le ventre ;

2° Se laver les mains au savon ;

3° Laver la région où sera faite l'injection au savon d'abord, à l'eau distillée ou bouillie ensuite ;

4° Y verser de l'éther pour dissoudre les matières grasses ;

5° Se passer les mains au sublimé ;

6° Laver la région à injecter au sublimé ;

7° Enfoncer l'aiguille de 5 ou 6 centimètres stérilisée ou flambée, au lieu d'élection (partie supérieure de la fesse, à trois travers de doigt au-dessous de la crète, à l'union du tiers externe et des deux tiers internes), et l'enfoncer, d'un seul coup, jusqu'à la garde ;

8° Remplir la seringue (n° 2 de Luer) de l'émulsion, après avoir fait secouer fortement et déboucher par un aide, ou par le malade lui-même, le tube qui la contient ;

9° Injecter lentement en maintenant la seringue dans l'aiguille ;

10° Retirer aiguille et seringue lentement d'abord, puis plus vite ;

11° Recouvrir le point piqué de collodion ;

12° Ordonner au malade un repos allongé de trente-six heures.

Les arthrites chroniques traitées de cette façon ont été améliorées ou guéries ; et ce ne sont pas seulement les arthrites choniques primitives ou secondaires à des attaques de rhumatisme articulaire aigu qui en ont retiré un bénéfice, mais encore le rhumatisme déformant, noueux, et les arthrites infectieuses gonococciques ou même tuberculeuses.

Il est important de se rappeler qu'il existe aux injections profondes de calomel, des contre-indications que l'on ne doit pas perdre de vue : ce sont l'insuffisance rénale ou hépatique, le mauvais état général, les cachexies, le mauvais état de la bouche et des dents.

Asepsie et Antisepsie.

La grande majorité des chirurgiens modernes pratique l'asepsie, c'est-à-dire la propreté pastorienne (stérilisation et pansements stérilisés). La grande discussion qui a eu lieu dernièrement à ce sujet à l'Académie, a naturellement amené l'apôtre de l'antisepsie en France, M. Lucas-Championnière à revendiquer pour l'antisepsie la place prépondérante que Lister lui avait déjà assignée, il y a 30 ans.

« Championnière n'accepte aucun des procédés qui sont venus après la méthode de Lister, à laquelle il reste absolument fidèle, au moins quant au choix des liquides antiseptiques. L'important pour lui, c'est d'avoir les mains intactes et de n'y avoir aucune solution de continuité. M. Lucas-Championnière tient beaucoup à sa peau en tant que chirurgien.

« Il rappelle qu'il a fait beaucoup de chirurgie articulaire avec un succès opératoire constant. Il maintient que les suppurations sont moins fréquentes dans son service que dans ceux où on fait de l'asepsie. Ses fils (il emploie le catgut) restent toujours aseptiques.

« En résumé, on peut faire de bonne chirurgie sans gants et sans masques. L'asepsie ne vaut pas l'antisepsie. Restons donc fidèle à l'antisepsie. »

Le fait est qu'en pratique, à la ville comme à la campagne, rien ne vaut l'immersion pure et simple des instruments dans l'eau phéniquée forte, le lavage des mains à l'eau phéniquée faible et le nettoyage de la peau à opérer au savon suivi du brossage phéniqué.

La saignée contre le coup de chaleur.

Nous avons résumé, cette année même, dans le « Concours », les différentes méthodes thérapeutiques à opposer aux accidents du coup de chaleur.

Il nous en reste un nouveau à indiquer, selon le *Münch. Med. Wochen*, c'est la saignée. Voici d'ailleurs l'observation, résumée par le *Bull. Médical* :

« Un homme de 28 ans, sobre et bien portant, fut engagé comme chauffeur à bord d'un navire. Le second jour de la traversée, il s'acquitta pendant plusieurs heures de ses fonctions avec zèle. Malgré sa force, il manquait d'habitude, et il ne tarda pas à se plaindre de soif vive ; puis il perdit connaissance et fut pris de convulsions générales. Apporté sur le pont, on lui fit des applications de glace, de la respiration artificielle ; on voulut lui faire respirer du chloroforme, mais cela parut aggraver son état. Quatre hommes avaient peine à le maintenir et à l'empêcher de se blesser dans ses spasmes.

« Il ne reprenait pas connaissance ; son pouls devenait petit, la cyanose s'accentuait et la mort semblait proche par suite de l'œdème pulmonaire, quand M. Klin lui fit une saignée de 220 gr. Aussitôt le pouls se releva et devint plus lent ; la respiration devint plus tranquille et plus profonde ; les convulsions s'arrêtèrent progressivement, tandis que le visage, de bleu, devenait pâle. Le malade tomba dans un sommeil calme qui dura dix heures, au bout desquelles il se réveilla fatigué et abattu, mais bien portant et ayant de l'appétit. Huit jours après il put reprendre son travail d'une façon modérée. »

Rhumatisme aigu et rhumatisme chronique

Le rhumatisme aigu et le rhumatisme chronique sont essentiellement différents comme nature et comme évolution et, en général, on n'éprouve aucune difficulté à en faire le diagnostic. Cependant, d'après M. le Dr *Aymard*, si la clinique permet à elle seule de faire rapidement le diagnostic, il n'en est pas de même pour les douleurs isolées, arthralgies, névralgies, d'un diagnostic parfois difficile, et où il ne s'agit plus d'une différence en plus ou en moins. Quand elles sont d'origine rhumatismale, ces douleurs sont, en effet, exclusivement nocturnes, et il n'en reste plus trace pendant le jour. Dans ces cas, si le malade qui vient nous consulter pour des douleurs dont l'apparence et le siège ne feraient jamais songer au rhumatisme, nous répond cependant qu'il souffre uniquement ou davantage la nuit que le jour, nous pouvons lui affirmer que ses douleurs, quelle qu'en soit l'intensité, seront en très peu de temps guéries ou améliorées par le salicylate, de même qu'elles seraient absolument rebelles à ce traitement dans le cas contraire.

Les cas sont fréquents de traumatismes réveillant ou faisant naître, dans une articulation, des douleurs rhumatismales ; et il peut se passer bien des jours — au détriment du malade — avant que le médecin songe à démêler ce qui,

dans la douleur, doit être attribué au traumatisme, ou à l'affection dominante, ou au rhumatisme réveillé ; y songerait-il, que le moyen d'y parvenir serait difficile ; et il reste impuissant, alors qu'il sera désormais très aisé, d'après la nature de la douleur, d'en connaître la cause exacte et de lui appliquer le traitement approprié.

Les maladies infectieuses peuvent, elles aussi, agir de même, soit chez des malades ayant déjà eu du rhumatisme, soit chez d'autres qui n'en avaient jamais présenté jusqu'à ce jour : la scarlatine, par exemple, les oreillons, la blennorragie, certaines angines, la dysenterie, etc.

Et ce n'est pas seulement pour les arthralgies qu'il peut être utile de posséder ce moyen de diagnostic. Il arrive souvent qu'il est difficile, et cependant nécessaire, de connaître exactement la nature d'une douleur. M. Aymard a cité l'observation d'un malade atteint de douleurs lombaires, qui pouvaient être attribuées à un lumbago, une rupture musculaire, une lésion rénale, etc. De même dans les nombreuses névralgies qui peuvent apparaître en divers points du corps.

S'il s'agit de paludisme, la périodicité des douleurs nous éclairera ; mais en dehors de cette origine — assez rare — il peut en exister tant d'autres où le diagnostic devient des plus délicats et les échecs thérapeutiques fréquents.

Grâce à ce signe, les tâtonnements seront moins longs, car, toutes les fois que l'on hésitera sur la nature d'une névralgie et sur sa cause, il suffira d'attirer l'attention du malade sur le point de savoir durant quelle partie des vingt-quatre heures ses douleurs sont plus vives. S'il remarque qu'il souffre surtout uniquement pendant la nuit, on sera fixé et on pourra lui promettre une prompte guérison.

Et ce qui concerne les névralgies sciatiques peut aussi bien s'appliquer à toutes les autres, et en particulier à la névralgie faciale.

MÉDECINE PRATIQUE

L'entéro-colite pseudo-membraneuse.

L'entéro-colite pseudo-membraneuse est une maladie assez fréquente de nos jours, particulièrement chez les femmes et d'une manière générale chez les neuro-arthritiques habituellement constipés.

On la nomme encore parfois : *diarrhée glutineuse, entérite glaireuse, croup intestinal, entérite interstitielle.*

M. le Dr *Froussard*, de Plombières, particulièrement à même, par sa situation, de voir de nombreux malades atteints de cette affection, a publié, dans la *Gazette des Hôpitaux*, un petit travail clinique, dont nous retiendrons les passages principaux.

I

SYMPTOMATOLOGIE.

Les symptômes les plus importants de l'entérite muco-membraneuse se résument à 3 principaux : 1° La constipation opiniâtre entre coupée de crises de diarrhée ; 2° les douleurs abdominales ; 3° le rejet, dans les matières, de mucus pouvant parfois prendre l'aspect de fausses membranes.

La *constipation* est le symptôme capital et le plus habituellement ignoré. Ce symptôme n'est pas, en effet, exclusivement caractérisé par la rareté et la dureté des selles ; il existe chez toute personne qui n'évacue pas entièrement le contenu de son rectum, formant, à côté des constipations ordinaires, *totales*, des constipations *dissociées, horaires, quantitatives* et *qualitatives*.

« La constipation *horaire* est assez difficile à définir. Un sujet n'est constipé que « quand, de l'insuffisance des évacuations, résultent pour lui certains troubles, certains malaises » (Potain). On ne dira donc pas d'une personne qu'elle est constipée, lorsqu'elle a moins d'une selle par jour, mais seulement lorsque la rareté des selles détermine chez cette personne des désordres appréciables.

« La constipation *quantitative* donne lieu aux mêmes remarques. Il est impossible de fixer exactement la quantité de matières fécales qu'un adulte sain doit rendre dans les vingt-quatre heures. Cette quantité varie, en effet, suivant de nombreuses conditions, et, en particulier, suivant la nature de l'alimentation. Nous ne possédons donc pas de critérium absolu de la constipation quantitative.

« La constipation *qualitative* porte sur le volume, la forme et la sécheresse des matières rendues ; elle décèle toujours un trouble profond de la fonction du gros intestin.

« Ces différents types de constipation semblent se rattacher à des conditions pathogéniques différentes. L'atonie intestinale produirait surtout les constipations totale, horaire, quantitative, le spasme du muscle moteur intestinal déterminerait au contraire la constipation qualitative.

« Tous ces modes cliniques de la constipation peuvent se rencontrer dans l'entéro-colite muco-membraneuse, mais avec une inégale fréquence. La constipation quantitative paraît la plus constante.

« Les débâcles diarrhéiques accompagnent toujours la constipation. Parfois constituées par des matières molles, semi-liquides, elles sont, d'autres fois, franchement liquides, d'odeur infecte, contenant en suspension du mucus sous forme de glaires, de petites masses ovillées, de scybales, de fragments informes de matière fécale. Ce dernier aspect est caractéristique. Ces crises diarrhéiques sont précédées de vives douleurs abdominales ; elles déterminent, sur les différentes régions de l'intestin qu'elles traversent, une sensation de brûlure, de cuisson très pénible pour le malade ; dues à l'action irritante exercée par la coprostase sur la muqueuse intestinale, elles reviennent à intervalles inégaux et s'accompagnent de phénomènes réactionnels d'intensité variable. »

La *douleur* est presqu'absolument constante. Tantôt, ce sont des coliques violentes, tiraillements, tortillements, tranchées angoissantes ; tantôt c'est un simple malaise, accompagné de sueurs profuses et de lipothymies.

Chaque sujet paraît avoir une localisation spéciale de la douleur. Dans certains cas, la douleur siège nettement dans tout ou partie du côlon, d'autres fois, elle débute par le cœcum et gagne ultérieurement le côlon transverse. On pourrait alors la confondre avec une gastralgie,

dont elle diffère cependant par ses irradiations transversales.

L'*expulsion de mucus* est le symptôme caractéristique de l'entéro-colite muco-membraneuse. Elle en est véritablement le signe pathognomonique, lorsqu'elle coexiste avec la constipation.

Ce mucus se présente sous deux formes principales : le type *amorphe* et le type *membraneux*. Le type *amorphe* est constitué par des glaires filantes, comparées à du blanc d'œuf non cuit. Ces glaires sont parfois arrondies (*crachats intestinaux* de Lasègue), parfois très régulièrement sphériques : elles peuvent encore être formées par une simple mousse recouvrant les déjections. Ce type amorphe semble être le plus fréquent.

Moins caractéristique est le type *membraneux*. Les fausses membranes sont alors rubanées, cylindriques ou filamenteuses.

Dans la forme *rubanée*, le mucus concret prend l'aspect de lanières aplaties, plus ou moins élastiques, de longueur parfois considérables, larges de quelques millimètres. La coloration de ce ruban est blanc grisâtre. De leurs deux faces, l'une est jaune sale, — c'est celle qui regarde la lumière intestinale, — l'autre est blanche, tomenteuse,— c'est celle qui adhère à la muqueuse. Leurs bords, enfin, sont habituellement déchiquetés.

La forme *cylindrique* est moins fréquente : il s'agit alors de cylindres creux, membraniformes, de dimensions variables. Le diamètre de ces concrétions est-il extrêmement réduit ? on a alors affaire à la forme *filamenteuse*.

Quelle que soit la forme sous laquelle il est expulsé, le mucus peut d'ailleurs adhérer aux matières ou se rencontrer à l'état isolé au milieu d'elles. Le plus ordinairement, les mucosités entourent les scybales, leur donnant un aspect caractéristique. Parfois aussi, le mucus n'adhère pas aux matières et nage dans le liquide. Enfin, mais plus rarement, l'expulsion du mucus peut être indépendante de celle des matières fécales : le malade éprouve le besoin de se présenter à la selle, mais il n'expulse qu'une petite quantité de mucus ou quelques débris de pseudo-membranes ; ce sont là de *fausses défécations*.

Ces symptômes cardinaux de l'entérite muco-membraneuse, constipation, douleur, expulsion de mucus, sont le plus souvent accompagnés de *symptômes secondaires*, de constance variable et d'inégale valeur.

Les *voies digestives supérieures* sont habituellement troublées dans leur fonctionnement : la langue est étalée, pâteuse ; la muqueuse linguale est blanchâtre, jaunâtre à la partie médiane ; la muqueuse buccale présente parfois une rougeur érythémateuse spéciale. L'appétit est variable, souvent capricieux. L'ingestion des aliments peut être suivie de phénomènes gastriques sans caractères précis, probablement liés à des fermentations anormales. On a signalé les troubles de la sécrétion biliaire, constants pour Glénard, et se révélant par la décoloration intermittente des fèces avec ou sans une modification du volume du foie.

« La *vessie* peut être le siège de spasmes, d'où dysurie, ténesme vésical, mictions douloureuses.

« Les *troubles de la circulation cardio-pulmonaire* signalés au cours des affections gastro-intestinales (Teissier, Potain) sont particulièrement fréquents au cours de l'entéro-colite.

« Les *symptômes nerveux* s'observent souvent : ils consistent en tremblements généralisés, sensations de lassitude, céphalées, migraines, arthralgies, etc. »

— Les signes physiques ont une réelle valeur clinique.

La *palpation* du côlon révèle d'abord la rétention stercorale, sous forme d'une masse dure, pâteuse, ou au contraire, sous forme de scybales roulant sous les doigts. De plus, on y reconnaît, tantôt une mollesse particulière de l'intestin (intestin chiffonné), tantôt une distension extrême du côlon. Les spasmes intestinaux sont fréquents, locaux et segmentaires. On perçoit alors la sensation spéciale de tube épais, résistant, mais élastique, roulant sous les doigts. Cette sensation de *tube glissant* sous les doigts est caractéristique : elle est surtout nette au niveau du cæcum et de l'S iliaque, mais peut être observée aussi au niveau du côlon transverse (*corde colique* de Glénard). Il importe, à ce sujet, d'insister sur la variabilité de l'état intestinal. Telle partie qui, un jour, est contracturée, le lendemain sera dilatée à l'extrême et réciproquement. C'est là une notion capitale dans l'histoire de l'entérite muco-membraneuse.

« Les *crises d'entéralgie*, au cours de l'entéro-colite, méritent une mention spéciale. Tantôt l'entéralgie est généralisée, tantôt au contraire elle est localisée. Quelle que soit la forme qu'elle revêt, elle est annoncée par des prodromes semblables.

« Rarement, en effet, le début de la crise est subit, elle est précédée d'habitude d'une recrudescence des symptômes. Souvent aussi on peut lui trouver une cause nettement déterminante (changement brusque dans les habitudes du malade, erreur dans l'alimentation, excitation psychique).

« Sous l'influence de l'une ou l'autre de ces causes, la constipation augmente, les digestions deviennent plus pénibles, les douleurs coliques apparaissent. Les phénomènes nerveux précèdent de près la crise.

« Ce qui caractérise essentiellement cette crise, ce sont les phénomènes douloureux, que la douleur soit généralisée ou localisée.

« Les crises d'*entéralgie généralisée* revêtent le plus souvent la forme d'entéralgie simple. Dans ce cas, la douleur atteint rapidement son maximum d'intensité ; elle s'accompagne souvent de phénomènes réactionnels intenses, augmente par les mouvements respiratoires, diminue par la compression forte et large de l'abdomen. La durée de la crise est variable, mais lorsqu'elle se prolonge, l'entéralgie devient paroxystique et peut alors se compliquer de fièvre. La crise se termine toujours par une débâcle de matières stercorales dures, abondantes. Elle peut, à la suite de cette débâcle, disparaître complètement ou se reproduire, de façon à créer un véritable état de mal.

« Pendant les crises, le ventre est en général météorisé, douloureux à la pression. Le maximum de la douleur siège nettement au niveau du côlon, qui semble contracturé, revenu sur lui-même.

« L'entéralgie généralisée peut encore revêtir

les formes, cliniquement moins importantes, de l'*obstruction intestinale* et de la *dysenterie*.

« L'entéralgie *localisée* est caractérisée surtout par le siège nettement défini de la douleur. Elle peut, suivant les cas, affecter la forme *néphrétique* — mais, dans ce cas, la corde colique est douloureuse ; le type *hépatique*, et enfin simuler la *typhlite* (*entéro-typhlo-colite* de Dieulafoy). Enfin, dans une dernière variété, l'entéralgie s'accompagne de phénomènes généraux graves, et mérite alors le nom d'entéralgie *typhoïde*.

La variabilité d'allure de l'entéro-colite mucomembraneuse a imposé depuis longtemps la nécessité de *formes cliniques* distinctes.

Pour M. Froussard, on peut distinguer trois formes principales : une latente, une commune, une continue grave.

La *forme latente* est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit d'habitude. Elle n'est souvent que le prélude de la *forme commune*.

Le début de cette dernière est souvent difficile à préciser ; parvenue à sa période d'état, elle évolue suivant une des modalités suivantes.

Forme continue. — Les différents symptômes sont permanents, persistent sans subir grande aggravation. La constipation est ordinaire, et souvent accompagnée de coliques. Malgré l'existence de troubles réflexes variés, l'état général du malade est satisfaisant, la nutrition ne paraît pas trop souffrir.

Forme rémittente. — Elle ne diffère de la précédente que par sa marche. Les différents symptômes s'amendent par périodes jusqu'à disparaître complètement. La constipation seule persiste. Entre ces périodes d'accalmie complète apparaissent des poussées subaiguës ou aiguës.

Forme gastrique. — Ici les phénomènes gastrointestinaux prennent le premier rang. L'état saburral des voies digestives supérieures est constant ; les troubles gastriques sont très accusés.

Forme nerveuse. — Cette forme se rencontre surtout chez les prédisposés. L'entéro-colite peut alors provoquer des accidents de névrose, et en particulier de l'asystolie cardio-pulmonaire (Potain).

« *Forme spasmodique*. — C'est la plus fréquente. La constipation est ici qualitative ; les spasmes intestinaux, les flux diarrhéiques ne manquent guère.

« *Forme atonique*. — Elle présente des symptômes moins caractéristiques : les matières rendues sont dures, grossièrement fragmentées, la défécation est toujours pénible, le passage des matières à travers l'anus extrêmement douloureux.

« *Forme continue grave*. — Cette forme, décrite par M. Potain, se caractérise par sa marche rémittente, l'acuité des douleurs, l'altération de l'état général, et en particulier les hémorrhagies multiples dues peut-être à une prédisposition hemophilique du malade.

« Telles sont les principales formes cliniques chez l'adulte. Il faut encore dire un mot des *formes infantiles*. L'affection décrite sous le nom d'*entérite folliculaire* diffère singulièrement de l'entéro-colite muco-membraneuse. Il en est de même de la *colite aiguë*.

« Ce qui caractérise essentiellement l'entérocolite des jeunes enfants, c'est la violence particulière des symptômes infectieux qui accompagnent les crises paroxystiques. La crise est, le plus souvent, multiple. Les symptômes ne diffèrent pas de ceux que l'on observe chez l'adulte.

« Au fur et à mesure que l'entéro-colite évolue chez un sujet qui se rapproche de la puberté, sa marche devient plus franchement chronique. Grande est, dans ces cas, la fréquence des paroxysmes accompagnés de fièvre et de phénomènes réactionnels violents. L'entéro-colite peut enfin exercer une influence néfaste sur le développement de l'organisme ; elle s'associe souvent au rachitisme (Guinon).

« Parmi les *complications* de l'entéro-colite on a fréquemment signalé les *gastropathies* dont la nature a donné lieu à de nombreuses discussions, les troubles *hépatiques*, les *ptoses viscérales*, la *lithiase intestinale*, les *hémorrhoïdes*, la *péritonite chronique*, les *affections annexielles génitales*, la *couperose pustuleuse miliaire*, l'*eczéma*.

Le Diagnostic n'est pas des plus aisés, surtout dans l'intervalle des crises caractéristiques. Les principales affections qui peuvent ressembler à l'entérite sont l'épithélioma intestinal et la dysenterie, les entérites hémorrhoïdaires et le tænia. Avec de l'attention, on évitera ces erreurs: l'important est de ne pas se fier à l'interrogatoire et au récit des malades.

Il est *indispensable* d'examiner soi-même les déjections et, au besoin, de les voir au microscope.

II

PRONOSTIC ET TRAITEMENT.

Le pronostic de l'entéro-colite muco-membraneuse est ordinairement bénin ; cependant il est grave dans les formes infantiles et dans les formes continues. Il est très sérieux aussi par la débilitation qu'elle produit chez les malades et la réceptivité qu'elle crée pour la tuberculose.

Un des points les plus importants de l'étude du pronostic de l'entérite muco-membraneuse est la possibilité d'une évolution consécutive ou simultanée de l'appendicite.

M. Talamon, dans sa monographie sur l'appendicite, attribue une grande influence à la colite chronique dans la genèse des accidents appendiculaires. C'est elle qui est la cause de la formation des concrétions intestinales (scybales). Mais elle peut passer inaperçue et à l'examen clinique et à l'examen sur la table d'amphithéâtre. Elle peut, en effet, être légère et méconnue du malade, qui, en tout cas, ne la signale pas dans ses antécédents. Comme d'autre part les lésions anatomo-pathologiques sont « superficielles, catarrhales, elles ne sauraient laisser plus de traces appréciables, à l'œil nu, qu'une bronchite simple ou un coryza ». Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que, dans les relations d'autopsie, l'intégrité de la muqueuse du gros intestin soit souvent notée.

D'autre part, d'une récente discussion à la Société médicale des Hôpitaux, à l'Académie et la Société de chirurgie, il résulte nettement (d'après M. Froussard) :

1° Que l'entéro-colite muco-membraneuse doit compter parmi les causes pathogéniques possibles de l'appendicite, et plus particulièrement de ses formes torpides, chroniques, à poussées peu intenses, subaiguës.

Ces données cliniques cadrent aussi bien, du

reste, avec les lésions appendiculaires légères (follicultes, rétrécissement fibreux, etc.), que l'on trouve lorsqu'on est appelé à opérer à froid ces appendicites.

Cependant, on peut aussi observer chez ces malades la crise appendiculaire suraiguë ou aiguë, soit primitivement, soit à la suite de plusieurs poussées. Le plus souvent la crise appendiculaire ne survient qu'après plusieurs crises d'entéralgie généralisée ou localisée (à forme appendiculaire, gastrique, hépatique, sigmoïdite). Plusieurs de nos observations sont caractéristiques sur ce point.

2° Que, de l'avis de tous les auteurs, l'appendicite, même chronique, à poussées assez nettes pour forcer le diagnostic, est encore relativement assez rare dans le cours de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Nous ferons remarquer cependant que, dans les observations d'appendicite que l'on trouve reproduites un peu partout, les troubles intestinaux (constipation, avec ou sans crises diarrhéiques) sont signalés souvent, mais sans plus de précision. Dans un certain nombre de ces cas, d'après nous, l'entéro-colite muco-membraneuse aurait été notée, si l'attention du malade avait été particulièrement éveillée sur ce point.

M. Froussard, qui ne croit pas que l'appendicite soit fréquemment produite par l'entéro-colite muco-membraneuse, appuie son opinion sur les remarques suivantes ; l'appendicite paraît plus particulièrement liée aux crises d'entérotyphlocolite. Mais ces dernières sont assez rares, en somme, dans le cours de l'entéro-colite muco-membraneuse. Les crises d'entéralgie généralisée, de longue durée, quoique beaucoup plus fréquentes, sont elles-mêmes rares et peuvent, du reste, manquer complètement.

« Nous ne croyons pas que la crise de typhlocolite crée, à elle toute seule, la lésion appendiculaire ; il y a là de surajouté un processus infectueux particulier. Si ce dernier manque, ce qui arrive souvent, l'appendicite n'a pas plus de raison pour présenter des modifications de structure que n'en a le cæcum.

« Or, on est d'accord, comme nous le verrons, pour considérer les lésions de l'entéro-colite muco-membraneuse comme insignifiantes et nullement inflammatoires, ces crises n'étant dues qu'à un spasme intestinal. Les conditions changent, quand à la suite d'une exagération de la virulence microbienne, sous une cause quelconque, surviennent des accidents infectieux compliquant la crise d'entéralgie localisée au cæcum. Plus fréquentes dans l'enfance, ces complications infectieuses qui, dans toute autre portion du côlon, n'entraîneraient que peu ou pas d'accidents locaux, acquièrent ici une gravité plus grande par suite de la présence de l'appendice, qui peut s'infecter à son tour. Encore est-il juste de faire intervenir des causes prédisposantes, dues à la longueur de l'appendice, à la position qu'il occupe par rapport au cæcum. Ces causes, toutes personnelles, peuvent favoriser la localisation microbienne au niveau de l'appendice et entrer en ligne de compte dans l'évolution ultérieure des lésions.

« Ces considérations expliquent la rareté de l'appendicite survenant dans l'entéro-colite muco-membraneuse des adultes et sa plus grande fréquence dans l'enfance où les accidents infectieux semblent plus nombreux.

« Pour être complet dans l'étude des rapports de l'appendicite et de l'entéro-colite muco-membraneuse, rappelons que, pour Robin, ce sont deux modes de retentissement intestinal de l'hypersthénie gastrique, qui crée une constipation spéciale. L'appendicite serait liée à la coprostase colique et iliaque ; si cette dernière est en même temps cæcale, les deux affections se rencontrent associées. »

TRAITEMENT.

D'après G. Sée, le traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse doit être institué selon les règles suivantes :

1° Evacuer les matières stercorales et les produits pseudo-membraneux par des lavements boriqués ou permanganatés très faibles (0,10 à 0,15 centig. pour 1000) et par de légères purges au calomel à la vapeur, 0.50 à 0.75 centig. en 3 doses.

2° Calmer les douleurs sans employer les narcotiques.

3° Eviter les accumulations gazeuses, le météorisme, le pyrosis.

4° Combattre l'auto-intoxication par le benzonaphtol et le charbon de peuplier.

5° Instituer un régime alimentaire sévère : proscrire les crudités, les acides, les aliments fermentescibles et gazogènes, les fromages forts, le gibier, les boissons excitantes et acides.

Recommander l'usage de la viande crue hachée, des rôtis, des poissons plats et maigres, des purées, du laitage, du café et du thé, du pain à croûte grillé, du vin de Champagne léger, des eaux minérales toniques et peu chargées d'alcalins.

Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Hommage à MM. Cézilly et Gassot.

Nos confrères ayant souhaité que partie du produit de la souscription fût consacrée à une œuvre de bienfaisance médicale, la souscription reste ouverte jusqu'à notre assemblée générale de novembre. Chaque fin de mois, nous publierons la liste des nouveaux souscripteurs. On tiendra à honneur d'y figurer.

Dr MAURAT, Dr JEANNE.

Les actes du Congrès de déontologie.

Le premier document qui ait servi de point de départ aux discussions du Congrès est le rapport suivant de M. le Dr Cuylits (de Bruxelles), dont les conclusions rappellent absolument celles qui ont suivi notre enquête de 1895 sur les rapports des médecins avec les Sociétés de Secours mutuels.

Quand nous publierons les décisions définitives du Congrès nos lecteurs verront que ces conclusions ont été votées sans modifications importantes.

Sur les rapports des médecins avec les mutualités.

Rapport au 1er *Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie*.

Par M. le Dr Cuylits (de Bruxelles).

I. — L'organisation sociale moderne. — Autrefois les travailleurs d'un même métier formaient une corporation fermée où l'on n'était admis qu'après un long apprentissage et de sévères épreuves.

Ils entendaient que chacun des membres de la corporation fût digne de sa profession. Personne n'était libre de gagner son pain comme il l'entendait.

Aujourd'hui les corporations ont disparu, mais les travailleurs affranchis, se trouvant impuissants et sans ressources pour faire face aux difficultés de la vie, se sont de nouveau réunis non pas seulement par métiers, mais par groupes de situation sociale similaire.

Ce ne sont plus seulement des unions de métiers, les *trade-unions* de l'Angleterre et de l'Amérique, ce sont des associations libres qui n'ont d'autres liens que la caisse de secours alimentée par des versements réguliers et individuels.

Elles sont communément désignées sous le nom de sociétés mutualistes.

Nous n'avons à envisager que celles-ci pour dire la situation qu'elles créent aux médecins et les nouveaux devoirs qui en découlent pour que ceux-ci puissent sauvegarder leur dignité menacée et faire face aux nécessités de leur existence, mises en péril par l'organisation sociale moderne.

II. But, organisation et esprit des sociétés mutualistes. — Les Sociétés mutualistes ont principalement pour but l'assurance contre un risque qui menace soit les associés, soit les membres de leur famille.

Presque toujours dans les sociétés mutualistes les seuls risques que l'on prenne en considération sont la maladie, un accident, des infirmités ou la vieillesse.

On remarquera que, dans chacun de ces cas, celui dont on sollicite le secours ou l'intervention, c'est le médecin. Et s'il est vrai de dire que la société mutualiste s'est imposée pour devoir (et on ne saurait trop l'en louer) de faire face à ces grandes douleurs et à ces misères de la vie, il est non moins vrai d'ajouter que, pour conjurer ces douleurs, reculer ces fatalités et sauver des existences en péril, c'est au médecin qu'elle s'adresse.

C'est donc autour du médecin, de son dévouement, de son talent, de son esprit de sacrifice, que la société mutualiste gravite. Si ces misères n'existaient pas, si le médecin n'y pouvait apporter aucun remède, la société mutualiste n'aurait plus sa raison d'être.

Dans quelle mesure la société mutualiste rénumère-t-elle ces immenses services ? Ses sacrifices sont-ils adéquats à ceux que lui apporte de son côté le médecin, et le double but, secourir l'infortune et rémunérer équitablement celui qui en prend la responsabilité et la charge, est-il atteint ? C'est ce que nous avons à rechercher.

L'organisation de la mutualité est, il est vrai, une organisation collective et mutuelle ; sous certains rapports, elle rappelle la société d'assurance.

Rien cependant n'autorise cette assimilation.

Son esprit n'est pas celui du lucre. Ce n'est pas une société commerciale. Elle ne peut être inspirée que par une pensée de philanthrophie et de fraternité.

Si la société mutualiste autorisait l'assimilation à une société d'assurances, l'attitude du corps médical devrait être totalement différente à son égard.

Quelques-uns ont cru judicieux de faire prévaloir ces vues, mais c'est une infime minorité, et nous n'avons pas à nous en préoccuper.

La mutualité crée des devoirs personnels. Ceux qui sont désignés pour son service prêtent gratuitement leur concours. Elle ne doit courir que les risques que courent les travailleurs. C'est donc une œuvre philanthropique. A ce titre les particuliers leur viennent en aide par des souscriptions, par des dons et des legs ; les pouvoirs publics lui créent une législation spéciale, lui apportent des encouragements et des subsides.

Encore cette intervention ne se justifie-t-elle que parce que l'association mutualiste est considérée comme un groupement de modestes travailleurs, qui se dépensent en admirables efforts pour arriver à se suffire à eux-mêmes, à couvrir leurs risques et à soutenir les charges de leurs familles.

Il faut, pour qu'elle justifie ces interventions, que les membres soient dans une situation modeste. Si le but n'est pas totalement rempli, si la situation de fortune n'est pas de celles qui appellent le secours, la société n'est pas mutualiste ; elle n'est plus digne de notre commisération, ni d'une intervention charitable ou généreuse.

Il faut déduire de ces principes que l'organisation mutualiste véritable est digne de nos encouragements et que le corps médical doit équitablement et au profit de la mutualité s'imposer des sacrifices proportionnels aux ressources des mutualités.

III. Importance du mouvement mutualiste. — S'il ne fallait juger de l'importance du mouvement mutualiste que par les adhérents actuels, il devrait déjà nous préoccuper. Mais ce serait une grave erreur que d'en apprécier ainsi l'étendue. Œuvre née d'hier, elle se développe avec une intensité redoutable, et c'est à l'avenir, à l'œuvre de demain que nous devons réfléchir.

Que ferons-nous quand la société de demain dans ses masses profondes se sera organisée en mutualités ? Quelle force opposerons-nous à ces forces? Je dis, « opposer à ces forces », car quoi que nous fassions, elle ira à l'encontre de nos intérêts, puisque toujours elle placera à la base de son organisation le service médical charitable à prix réduit.

Jugez, d'après quelques chiffres, de ce que l'avenir nous réserve.

En Belgique, en 1895, il y a 6 ans, 756 sociétés mutualistes étaient reconnues ; en 1899 il y en avait 2928. au début de cette année, il y en a plus de 3.000.

Et les coopératives, cette autre forme de la mutualité, qui réclame ou réclamera son service médical, qui étaient au nombre de 394 en 1895, en sont arrivées au 31 décembre 1899 à 1207,

Les 2928 mutualités reconnues en 1896 représentent 350.000 membres. Les médecins leur doivent le service à eux et à leurs familles. En moyenne une famille est, au minimum, composée de 5 membres. De ce fait le corps médical secourt donc 1.657000 individus.

Ce n'est pas tout. En dehors des sociétés reconnues, il en est presque autant qui n'ont pas encore revendiqué la reconnaissance légale. Il ne sera donc pas exagéré de dire que 3.000.000 d'habitants bénéficient, sous une forme ou l'autre, d'un service médical à prix réduit, on presque gratuit. Et la Belgique a une population totale de 6.670.000 habitants ?

Voilà la situation actuelle. Vous devinez ce quelle sera sous peu.

Je puis être bref en ce qui concerne les pays qui participent à la même évolution sociale, la France, l'Allemagne, l'Angleterre.

En ce qui regarde la France, quelques-uns d'entre vous pourront nous donner des chiffres approximatifs qui auront leur éloquence.

Je me contenterai, quant à moi, de vous rappeler ce que nous a appris récemment sur les mutualités françaises M. Cavé, membre du conseil supérieur de la Mutualité, au déjeuner offert par M. Paul Deschanel, président de la Chambre des députés, en l'honneur de la mutualité, aux représentants des sociétés de secours mutuels de la Seine :

« En moins d'un demi-siècle nos sociétés ont su trouver la somme énorme de 700 millions pour secourir nos malades et nos vieillards, après avoir réussi, malgré de telles dépenses et après de tels services, à amasser pour la retraite des réserves dont le total merveilleux s'élève à près de 300 millions de francs. »

Il eût été intéressant de savoir quelle a été la part prélevée sur les honoraires des médecins pour constituer ce capital.

M. Paul Deschanel, comme pour dissiper toutes nos illusions, répondit :

« La société de secours mutuels isolée a fait son temps ; le mouvement de concentration, qui se produit dans toutes les régions du monde industriel et ouvrier et qui est la loi économique de notre siècle, commence à gagner la mutualité. Déjà nous apercevons les premiers linéaments de l'organisme futur : en bas, dans la commune, dispersées sur toute la surface du territoire, de petites sociétés qui sont comme les cellules premières et les embryons de la prévoyance ; au-dessus, dans la ville, dans l'arrondissement ou le département, les unions de sociétés, et au dessus encore, dans la région et dans le pays tout entier, le groupement de ces unions, les fédérations. Ce groupement de plus en plus étendu accomplira des fonctions de plus en plus savantes et élevées : offices de placement, mutualité scolaire, secours médicaux, caisses de prêts gratuits, pharmacies mutualistes, etc. Il faut qu'ainsi la République française devienne *une vaste mutualité*. Là est l'avenir ; là est un des plus puissants moyens de résoudre la question sociale. »

Oui, l'avenir est là, la question est de savoir quel sera le nôtre ?

Dois-je vous dire ce qui se passe en Allemagne, le pays des *Vereine*, des mutualités de toutes sortes où comme le disait M. Paul Deschanel, les petites sociétés mutualistes dispersées sur toute la surface du territoire, cellules premières, aboutissent aux plus puissantes fédérations ? Le *Werker Verein* des ouvriers constructeurs de machines comptait l'année dernière plus de 100.000 membres.

En Angleterre, les mutualités établies en vue du service médical à prix réduit sont arrivées à réaliser le *summum* de la perfection. Vous connaissez les *trade-unions* et leurs groupes imposants, leurs richesses, leur organisation. Ce sont les groupes d'en haut : en bas, c'est la mutualité autour d'une consommation. C'est le bar au fond de la ruelle de Londres, où le client, par sa consommation quotidienne ou hebdomadaire, s'assure le secours médical gratuit pendant une année. N'est-ce pas la cellule première et l'embryon de la prévoyance ? ou, si vous aimez mieux, l'idéal de l'exploitation médicale ?

Ce spectacle, cet avenir peuvent décourager les plus vaillants. Nous ne pensons pas cependant que cette situation soit sans remède. Nous osons même croire que ces excès sont salutaires, que d'un péril aussi intense doit naître le souci de notre préservation sociale.

De même qu'un de nos généraux disait qu'il n'est pas d'engin assez meurtrier qui ne fasse surgir un moyen de défense pour le rendre inefficace, de même nous osons affirmer que nous pourrons développer, si nous le voulons, une organisation de défense parallèle à l'assaut que nous subirons.

IV. Les moyens. — 1° Il est évident qu'il est de première nécessité de grouper, en face des mutualités de secours médical, notre mutualité.

La vie professionnelle individuelle, égoïste, sans programme commun sur des questions d'intérêt général serait, personne n'y contredira, la pire des faiblesses et la déchéance sociale inéluctable. Inutile cependant d'y insister. L'union et le groupement professionnels se feront nécessairement malgré des protestations isolées, malgré l'une ou l'autre méconnaissance tapageuse de nos intérêts les plus vitaux.

L'organisation mutualiste est une loi que notre siècle subit. Il n'appartiendra pas plus aux médecins qu'à personne de s'y soustraire.

Les lois économiques établies sont des courants aussi forts que des fleuves ; personne n'en arrêtera le cours.

2° Ce qu'il importe, c'est de définir ce programme, cette charte que nos groupes devront défendre. Principes qui devront rester indiscutés, loi générale devant laquelle on devra s'incliner et qui ne pourra souffrir ni atteinte, ni atténuation. Si au sein de ce congrès nous parvenions à établir un accord sur ces principes, j'estime que nous aurions fait une grande œuvre et que le relèvement de la profession médicale en serait la consécration.

Quels doivent être ces principes ?

A) Vous déclarerez inadmissible le traitement médical à forfait, car le marché à forfait, sous le nom d'abonnement ou d'allocation déterminée d'avance, est incompatible avec notre profession libérale.

Le secours que nous apportons au malade est surtout d'ordre intellectuel ou moral. Le malade bénéficie du fruit de nos études et de notre expérience ; la course, le travail physique comptent pour peu dans la peine.

Comment voudrait-on par une somme fixe déterminée d'avance nous assurer une rémunération équitable du travail accompli, travail d'une complexité infinie et surtout d'ordre intellectuel ? On conçoit un forfait pour des objets à livrer, entre négociants ou entrepreneurs. Mais notre profession est libérale, c'est-à-dire d'ordre intellectuel et ayant à sa base la liberté des appréciations et des devoirs de conscience. Le forfait, dans l'espèce, serait donc essentiellement injuste et incompatible avec notre dignité.

B) Le système à l'abonnement n'est-il pas d'ailleurs onéreux pour la société ?

Il règne sous ce rapport un courant d'idées contre lequel il importe de s'élever. Il conviendrait de faire sur cette question une enquête très étendue et d'en livrer les résultats à une large publicité pour ramener les esprits à d'autres sentiments.

En principe, nous répudions l'abonnement ; en fait le système est fâcheux pour la société elle-même.

J'emprunte à l'un de nos confrères, le Dr Séailles, trois exemples suggestifs publiés par lui dans le *Bulletin officiel du Syndicat des Médecins de la Seine*. Une société municipale composée essentiellement de travailleurs (ouvriers de la ville, d'usines, de chemins de fer) avec femmes et enfants, paye 3 francs d'abonnement par tête et par an. La cotisation est minime. Beaucoup de nos sociétés en Belgique versent par membre de 4 à 6 francs, et même 8 francs. Un des médecins a 174 sociétaires inscrits sur sa liste. Il touche donc 522 francs. Il a fait 174 visites et 214 consultations. S'il avait été payé 2 francs la visite et 1 franc la consultation, il aurait touché 560 francs, soit un écart de 38 francs.

Une deuxième plus riche, composée de femmes seulement, ne rapporte aux médecins que 180 francs par an.

Et les malades choisissent leur médecin et elles payent 2 fr. 50 la visite, 1 fr. 50 la consultation.

Une troisième se compose de 52 membres, tous petits employés : elle paye 3 francs la visite, 2 francs la consultation, et son bilan se chiffre par 25 francs en 2 ans.

Si le médecin avait accepté les 5 francs d'abonnement qu'on lui proposait primitivement, il aurait touché 520 francs : il en a reçu 25 francs.

Les sociétés ont donc un intérêt matériel certain à ne pas se rallier au système par abonnement. Mais l'intérêt moral n'est pas moindre. Le système d'abonnement exclut la liberté de choisir son médecin. Cet attentat à la liberté du travailleur de choisir celui à qui, à l'heure de la détresse, il va livrer ses secrets, son corps, sa vie, ne saurait être assez vivement blâmé. Il n'est pas tolérable qu'on consacre ou qu'on encourage une association qui se

groupe sur la base d'une convention immorale et attentatoire à la liberté de l'individu.

C) Vous n'admettrez pas qu'une société d'assurances puisse bénéficier des avantages que nous réservons aux mutualités. Cette assimilation est un véritable danger. Consciemment ou inconsciemment, certains esprits assimilent la mutualité à une société d'assurances.

Si une asssociation est constituée avec ces tendances et ce but, nous devons la répudier.

La mutualité ne peut avoir droit à nos faveurs que si son esprit n'est pas celui du lucre. Ce n'est ni une société civile au sens où l'entendent les jurisconsultes, ni une société commerciale. Elle ne peut être inspirée que par une idée de philanthropie.

Ses membres ne peuvent pas être liés par des liens d'intérêt pécuniaire. Elle ne se conçoit qu'entre modestes travailleurs qui se dépensent en efforts pour ne pas tomber à charge à la bienfaisance publique quand la maladie sévit dans leurs familles.

Une société qui n'est pas composée de ces éléments et qui ne poursuit pas ce but ne peut avoir aucun droit à nos faveurs.

D'ailleurs une société d'assurances ne peut être assimilée qu'à des capitalistes disposant d'une fortune ou de moyens qui sont refusés à des particuliers.

V. Conclusions. — Ces préliminaires nous conduisent sans efforts et sans difficultés vers le système qui s'impose. Nous avons établi que la mutualité a droit à des tarifs de faveur, que la mutualité ne saurait être considérée comme telle qu'entre travailleurs modestes, non fortunés, que le système par abonnement doit être écarté.

Qu'en faut-il conclure ? Que le médecin doit être rétribué à la visite, c'est-à-dire au prorata du travail accompli, sur la base d'un tarif déterminé et réduit, et le libre choix de ce médecin, parmi ceux qui s'inclinent devant ce tarif.

Je vous ai parlé de la Belgique, de la France, de l'Allemagne, de l'Angleterre. Le moment est venu de vous parler de l'Amérique pour vous dire que chez cette nation jeune, qui donne tant de leçons à la vieille Europe, nous allons puiser la seule solution acceptable et qui du reste s'impose à nous comme la seule équitable et la seule logique.

A de rares exceptions près, le monde américain se partage en deux groupements, la société d'assurances et la mutualité : la société d'assurances à laquelle participent toutes les classes sociales, la mutualité réservée aux travailleurs. Dans l'une comme dans l'autre, la préoccupation dominante est d'assurer au membre de l'association son indépendance et le libre choix du médecin. Ce souci de liberté qu'on ne saurait assez admirer s'étend même au service des compagnies de chemins de fer comme de toutes les autres sociétés où toujours ouvriers et employés restent libres de choisir leur médecin. Après un examen attentif de cette organisation médicale, on se demande comment nous en sommes arrivés à concevoir un système de secours médical où l'on étrangle la liberté sans qu'il se soit produit la plus justifiée et la plus unanime des réprobations. C'est pourtant ce qui existe dans nos sociétés mutualistes, dans nos compagnies de chemins de fer, au sein de l'Etat lui-même exploitant de chemins de fer ou de services publics.

Aussi en Amérique, dans les mutualités comme dans les sociétés d'assurances contre la maladie et les accidents, le malade assuré, restant libre du choix de son médecin, reçoit chaque semaine une prime de 10, 15, 20, 40 dollars suivant ce qu'il paye à la compagnie, suivant les ressources de la mutualité ou suivant la somme pour laquelle il est assuré.

Libre à lui de se faire bien ou mal soigner, libre à lui de s'adresser à tel médecin qui lui inspire confiance. N'a-t-il pas un intérêt majeur à la sauvegarde de son existence ? Qui mieux que lui peut établir le rapport nécessaire entre ses ressources et les dépenses qui lui incomberont du fait de sa maladie ?

Je confonds à dessein les sociétés d'assurances dont je n'ai pas à m'occuper avec les mutualités dont j'ai souci, parce que les unes et les autres ont la même organisation médicale.

Entre les mutualités qui là-bas s'appellent *loges* et les sociétés d'assurances, je n'ai à signaler qu'une différence dans la répartition des secours médicaux ; c'est que la prime payée par le mutualiste varie chaque année suivant les profits ou pertes de la société, tandis que, dans la compagnie d'assurances proprement dite, la prime est immuablement fixe.

Dans la mutualité, par voie de conséquence, si le malade avait quelque intérêt exceptionnel ou inavouable à prolonger le chômage, ce qui s'explique mal, tous ses collègues auraient un intérêt direct à mettre fin à ces abus.

Surgit donc une objection qui est celle-ci :

« Le médecin, payé à la visite, ayant intérêt à multiplier ses soins, comment l'en empêcher ? »

Mais le médecin du mutualiste n'est-il pas dans la situation du médecin ordinaire devant un malade quelconque ? Si sa conscience ne le guide pas, ici comme ailleurs, ne sera-t-il pas encore retenu par des considérations d'ordres divers, notamment le souci de déployer ses talents par des guérisons rapides pour que sa réputation en bénéficie.

Il y a plus : la société ayant intérêt au bon fonctionnement des secours médicaux, instituera un contrôle spécial, le médecin inspecteur ou contrôleur.

Prenant rang parmi les administrateurs de la mutualité, celui-ci sera bien placé pour exercer une action de surveillance tant sur le malade que sur le médecin.

En Amérique, habituellement une fois par semaine, le médecin inspecteur se rend compte de la situation du malade et des devoirs de son médecin. Ses visites sont donc rares et en même temps fort utiles. Il écartera les réclamations non fondées des sociétaires, il veillera à ce que les soins soient donnés dans de justes limites, il aura en un mot à cœur les intérêts généraux de la mutualité. Ce rouage est donc louable. Je ne dis pas qu'il soit indispensable. Il ne nous appartient pas de l'imposer, parce que le médecin inspecteur est essentiellement le représentant de la mutualité, et à un degré moindre le nôtre.

Telle est, Messieurs, l'organisation médicale, que j'appellerai volontiers idéale, de la mutualité américaine.

Nous ne voyons pas pourquoi nous ne l'adopterions pas dans ses grandes lignes.

A tout le moins, nous savons d'expérience que nos systèmes, différents de celui-là, sont mauvais à des titres divers. Il sont surannés et imperfectibles. Ils portent le cachet de la vétusté comme notre civilisation du vieux monde.

C'est peut-être un honneur, mais cela leur vaudra une déchéance méritée.

Il faudra en persuader les sociétés qui s'y attardent et surtout nous-mêmes.

Résolutions. — Il faut que, dans un unanime accord, nous décidions de quelques principes qui dans le détail et l'application auront une élasticité suffisante pour se prêter aux ressources des sociétés et aux habitudes locales, mais qui doivent être proclamés par ce congrès comme des lois auxquelles ne pourraient se soustraire ni les mutualités, ni leurs médecins.

Je les formule ainsi :

1° Toute mutualité vraie a droit à un tarif médical minimum, qui, dans toutes autres circonstances, serait incompatible avec notre dignité professionnelle ;

2° Les mutualités ne pourront bénéficier de ces tarifs que si elles s'engagent à n'accepter et à ne conserver comme participants que les personnes peu aisées ;

3° Ce tarif peut être différent et adapté aux ressources des mutualités ou aux habitudes locales ;

4° Les tarifs seront établis de commun accord entre les mutualités et les associations professionnelles médicales. Ces tarifs seront notifiés à tous les médecins, laissant ainsi à tous la faculté de s'y soumettre ;

5° Le système par abonnement ne peut être autorisé à quelque titre que ce soit et le choix du médecin doit rester libre à tout mutualiste ;

6° Un médecin fera partie du conseil d'administration de chacune des sociétés de secours mutuels en vue d'assurer le bon fonctionnement des secours médicaux, tant au point de vue des malades que des intérêts de la mutualité elle-même.

Que vous discutiez ces principes, que vous les amendiez ou que vous les contestiez, vous reconnaîtrez, Messieurs et chers confrères que c'est un esprit d'équité qui les a inspirés. Que cet esprit soit seul à diriger nos débats, si nous voulons réussir dans notre œuvre. Il faut que nous puissions dire à la face du monde que ce n'est pas un souci de boutique et de lucre qui nous a réunis, que nous nous sommes préoccupés autant des intérêts des travailleurs que de nos intérêts propres. Aujourd'hui les collisions entre mutualistes et médecins se multiplient ; ces plaintes et ces révoltes tendent à faire croire qu'il est entre eux et nous des intérêts inconciliables, des abimes qu'on ne peut éteindre. Erreur profonde ! La paix renaîtra nécessairement, et vos décisions s'imposeront d'elles-mêmes si elles sont marquées au coin de l'invincible équité.

« Poursuivez le royaume de la justice et le reste vous sera donné par surcroît. »

Les conseils de revision.

Le docteur Dumas, de Ledignan, vient de publier un opuscule que tous les députés devraient lire : *Le conseil de revision. Ce qu'il est. Ce qu'il devrait être* (1), tel est le titre. Il résume à lui seul toute la brochure.

Le docteur Dumas nous y montre tous les vices du conseil de revision, prétendue visite médicale trop hâtive pour être sérieuse, et à la suite de laquelle le médecin le plus expérimenté refuserait de signer la moindre ordonnance. L'Etat s'en contente pour juger de la constitution des citoyens.

A côté des critiques, l'auteur nous indique la réforme très simple qu'il conviendrait d'apporter : adjoindre un médecin civil au médecin militaire et leur donner à l'un et à l'autre le moyen d'apprécier. La science médicale, affirme-t-il, ne réside point seulement dans l'auscultation. Le médecin a besoin d'interroger son malade, de connaître ses antécédents et ses maladies passées. Et cet interrogatoire nécessaire au chevet d'un malade devient indispensable pour juger de la constitution d'un homme bien portant. Il serait trop long d'y procéder. Une simple fiche que tous les conscrits devraient à l'avance remplir et dont tous les renseignements seraient faciles à contrôler, pourrait y suppléer.

C'est là évidemment une idée excellente, et il n'en coûterait rien à l'Etat pour la mettre à exécution. Au contraire.

On frémit, en effet, quand on pense au nombre des malheureux tuberculeux qui encombrent les hôpitaux militaires. Je n'ai plus les chiffres de la statistique présents à la mémoire, mais ils sont effrayants.

On compte environ 3,000 décès annuellement dans l'armée de terre, et 300,000 journées d'hôpital. On sait ce que cela nous coûte. La tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire en occasionnent à elles seules la plus grosse part, 45 ou 50 %.

En adoptant la réforme du docteur Dumas, en laissant dans leurs foyers des malades faibles de constitution qui ont besoin de se soigner, l'Etat ferait donc une notable économie.

Il ne commettrait plus tout au moins l'infamie d'envoyer au régiment des malheureux qui constituent un véritable danger pour leurs camarades et que le régime militaire tue.

(1) *Le Conseil de revision.* Imprimerie « La Laborieuse », à Nîmes.

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Association des médecins de la Gironde

Le dimanche 8 juillet dernier, l'Association des médecins de la Gironde s'est réunie en assemblée générale à l'Athénée dans le but de discuter le rapport du Dr Audouin sur la question des consultations gratuites et l'hospitalisation des malades payants. Cinquante médecins avaient répondu à l'appel du Bureau.

Voici les conclusions de ce rapport adoptées par l'assemblée :

« 1° Les *consultations gratuites* ne sont pas ouvertes à tous. Elles sont exclusivement réservées aux cas urgents, aux malades pauvres de la ville et à ceux de l'extérieur qui seront munis d'une lettre de leur médecin ou d'une pièce établissant leur indigence. Il serait désirable que le consultant remît au malade porteur d'une lettre de médecin une réponse pour le signataire de cette lettre ;

« 2° Les feuilles de consultations ou d'ordonnances doivent porter d'une façon évidente, et en bonne place, l'indication précise d'un service d'assistance pour les indigents ;

« 3° Les annonces par affiches, circulaires, journaux non médicaux, doivent énoncer formellement que les consultations gratuites et les cliniques sont réservées aux pauvres ou aux personnes munies d'une lettre de leur médecin ordinaire, et cela sans que les noms des consultants y soient indiqués ;

« 4° Les *pansements* et la *petite chirurgie* seront réservés aux indigents et aux cas urgents ;

« 5° L'*hospitalisation* dans les salles communes sera réservée, sauf urgence, aux malades pauvres de la ville de Bordeaux et à ceux de l'extérieur qui seront munis d'une lettre de leur médecin et d'un certificat du maire attestant leur indigence ;

« 6° Le nombre des chambres pour les payants, dans les hôpitaux, doit être réduit au strict nécessaire pour les cas d'urgence ;

« 7° *Tout malade, victime d'un accident du travail*, dans les conditions indiquées par la *loi du 9 avril* 1898, entrant à l'hôpital, ne peut plus être considéré comme un indigent véritable ; les soins médicaux ou chirurgicaux qui lui sont donnés, ainsi que les certificats exigés par la loi, doivent être rétribués suivant le tarif girondin. »

A l'occasion de cette conclusion l'érudit et dévoué conseil judiciaire de l'Association de la Gironde, Me O'Zoux, écrit à notre président M. Lande que ce vœu a déjà reçu l'approbation du garde des sceaux et la sanction de la jurisprudence.

Après adoption de ces conclusions, l'assemblée a décidé que la Commission étudierait ultérieurement les moyens d'application entre les divers intéressés.

Les pouvoirs publics ayant fait savoir que nous avions tout droit de reviser nos statuts, une Commission sera nommée pour en faire une nouvelle étude, et ses conclusions seront présentées dans une assemblée générale qui sera convoquée à cet effet à la fin de l'année courante.

On décide qu'à l'avenir les procès-verbaux des assemblées générales seront lus et adoptés dans l'assemblée générale suivante. Seules les décisions prises seront considérées comme définitivement acquises après chaque assemblée afin de ne pas retarder les affaires en cours. Les procès-verbaux des discussions seront désormais soumis avant leur adoption définitive à l'appréciation des orateurs.

Le vote pour la nomination d'un membre du Conseil d'administration pour l'arrondissement de Bazas, en remplacement de M. le Dr Bonnefoy, nommé vice-président, donne la majorité à M. le Dr Roumieu, de Bazas.

MM. les Drs Broustet (de la Réole), Faucher de la Ligerie (de Saucats), Léon Réjou (de Bordeaux), Texier (d'Abzac), Junior Vitrac (de Bordeaux) sont proclamés membres de l'Association.

Suivant la coutume de ces assemblées, l'ordre du jour portait en dernier lieu les questions d'initiative individuelle.

Le Dr Rolland a demandé la parole pour se féliciter et féliciter le Bureau et le Conseil d'administration de la bonne marche de l'Association et a témoigné publiquement de sa bonne confraternité pour tous.

REPORTAGE MÉDICAL

La mortalité à Paris. — La statistique des décès accuse depuis une quinzaine de jours une grande léthalité dans la capitale : on est passé brusquement de 900 à 1500. C'est surtout la diarrhée infantile qui a fourni ce gros contingent, frappant les enfants des arrondissements pauvres de la périphérie, où ne sont pas encore observées les précautions alimentaires qui ont une influence si favorable. Mais, le coup de chaleur a fait aussi bien des victimes de tous les âges, et nous nous demandons si on ne devrait pas porter à son compte bien des décès d'enfants attribués au choléra infantile, car on rencontre des cas où l'étiologie de celui-ci n'est pas facile à rattacher avec les ingesta.

Société de préservation contre la tuberculose par l'éducation populaire. — Il vient de se fonder une Société de préservation contre la tuberculose par l'éducation populaire. Elle a pour but de vulgariser les mesures d'hygiène préventive que tout le monde a intérêt à suivre, à faire suivre aux siens et à voir accepter par autrui pour assurer la préservation individuelle et collective de tous les citoyens. Elle se propose d'agir par la distribution gratuite de brochures, de circulaires, de pancartes, d'images, par l'affichage d'instructions, par des communications aux journaux par des conférences populaires et par tous les moyens dont elle pourrait disposer par la suite pour assurer l'éducation des masses et ancrer dans les esprits la notion que la lutte pour être efficace, a besoin du concours de toutes les bonnes volontés.

La Société de préservation contre la tuberculose par l'éducation populaire comprend : 1° des membres actifs payant 10 fr. par an ; 2° des membres perpétuels faisant un versement unique d'une somme de 100 fr. au minimum.

Son président est le Dr J.-J. Peyrot, et nous relevons dans le comité les noms des Drs Armaingaud (Bordeaux), Maurice de Fleury (Paris), F. Helme, L. Landouzy, Le Gendre, Letulle, Sirseron, Siredey, Talamon, Weill-Mantou, Collin.

Nota. Adresser les adhésions au trésorier de la Société, M. Edgard Pourcelle, 59, rue de Châteaudun.

Le Saturnisme chez les électriciennes. — Au cours de la dernière séance du Conseil d'hygiène, M. Proust a signalé une cause de saturnisme qui avait passé jusqu'ici inaperçue en France. Il a pu observer plusieurs cas de saturnisme chez des ouvrières électriciennes employées dans une fabrique d'accumulateurs pour automobiles électriques.

Ces femmes malaxent une pâte à base d'oxyde de plomb et en enduisent de petites baguettes qu'elles frappent dans un moule et dont elles enlèvent les bavures en les passant dans un anneau.

Ces accidents avaient déjà été signalés en Allemagne et en Suisse chez les ouvriers qui fabriquent des électrodes.

M. Proust a proposé au Conseil d'hygiène de comprendre les fabriques d'accumulateurs électriques parmi les établissements classés et de rechercher s'il n'y aurait pas moyen d'apporter dans les procédés de fabrication des modifications capables d'éviter la reproduction de ces accidents.

Le Conseil d'hygiène a adopté les conclusions de M. Proust.

Le nombre des médecins allemands. — Depuis longtemps le corps médical se plaignait en Allemagne de l'augmentation du nombre des médecins. Une enquête officielle sur la répartition des praticiens faite en 1898 est venue prouver que cette augmentation est réelle, puisqu'en l'espace de onze ans le nombre des médecins a augmenté de 56 %, tandis que pendant cette même période la population ne s'est accrue que de 14 %. En 1887, on comptait un médecin pour 3.000 habitants et maintenant il y en a un pour 2.197.

Fait à noter, c'est le nombre des médecins employés exclusivement par des établissements qui a subi la plus forte augmentation : de 580 en 1887 il s'est élevé à 1.927 en 1898, soit une augmentation de 332 %. C'est là un état de choses très fâcheux, car les établissements médicaux constituent plus ou moins des exploitations commerciales, et par suite font perdre à la profession médicale une partie de son indépendance.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4529. — M. le docteur Pasquet, de Chateaulandon (Seine-et-Marne), présenté par MM. les docteurs Mourret, de Nemours, et Duchesne, de Ferrières-en-Gâtinais (Loiret).

N° 4530. — M. le docteur Gauthier, de Clairvaux (Jura); membre de l'Association et du Syndicat des médecins du Jura.

N° 4531. — M. le docteur Pargoire, de Aubenas (Ardèche) ; membre de l'Association amicale des médecins français.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 32 11 AOUT 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Trois assemblées générales

Dure semaine pour le journaliste professionnel, celle que nous venons de traverser.

Le Congrès de déontologie, dira-t-on, nous avait procuré un salutaire entraînement. C'est juste, mais il n'avait pas abaissé la température, surtout dans les amphithéâtres.

Quoi qu'il en soit, nous sommes allés partout.

— D'abord, le 29 juillet, à l'assemblée générale de l'Union des Syndicats. Nous y avons (c'était fatal) repris les discussions du Congrès, et abouti a des conclusions identiques.

— Le dimanche 30, on s'est retrouvé à l'avenue Victoria, au rendez-vous de l'Association générale. Séance calme, affaires courantes, vœux et rapports. Seul, un ordre du jour supplémentaire piquait notre curiosité un peu émoussée par la fatigue. Il portait ces mots : 1° Caisse d'indemnité maladie, 2° Caisse de pensions de droit.

Sur la demande du président, Me Liouville a donné lecture d'un projet de caisse-maladie dont les statuts et les chiffres sont, à d'insignifiantes différences près, la reproduction de ceux de l'*Amicale.*

M. Lannelongue a ajouté d'autre part : « Vous connaissez la *Caisse des pensions des médecins français* ? Bien. — Il s'agit de savoir si nous devons créer la caisse-maladie, dont le projet vient de vous être soumis, ou si nous protégerons l'*Amicale* déjà existante. D'autre part, y a-t-il lieu de patronner la *Caisse des pensions du Concours médical* pour remplir notre programme de prévoyance ? Telles sont les questions que je propose à l'assemblée de soumettre au referendum des Sociétés locales. »

Après quelques mots de M. Lereboullet, Secrétaire général, et de M. Léon Marie, actuaire, qui n'ont pas caché leur préférence pour l'adoption des Caisses existantes, on s'est séparé très gentiment en adoptant le referendum aux Sociétés.

— A cinq heures, nous arrivions au Siège Social de la *Caisse des pensions*, chez M. le Dr Delefosse, 22, place Saint-Georges.

Là, nous retrouvions une vieille connaissance, la circulaire ministérielle, qui demande à cette Caisse ce qu'elle veut devenir en présence de la nouvelle loi mutuelle.

Après avoir entendu les renseignements fournis par le Comité-Directeur, et apprécié le degré d'urgence de la décision à prendre, nous avons répondu que *nous réfléchirions.*

Le procès-verbal qui paraîtra au prochain numéro vous prouvera, chers confrères, que nous avons ensuite fait notre petite besogne ordinaire, au mieux de vos intérêts.

Mais quelle semaine ! quelle semaine !

H. J.

LA SEMAINE MEDICALE

Traitement de la colite muco-membraneuse.

M. le Dr *Mathieu*, médecin de l'hôpital Andral, a fait, au XIIIe congrès international de Médecine, tenu à Paris du 2 au 9 août, une communication sur le traitement de la colite muco-membraneuse qui fait suite tout naturellement à notre précédent article :

La constipation est à la fois cause et effet ; il faut avant tout chercher à la faire disparaître ; sa disparition est le signe et le gage de la guérison de la colite muco-membraneuse.

On emploiera pour la combattre des moyens qui n'augmentent ni l'irritation sécrétoire, ni les phénomènes douloureux, ni la tendance au spasme. L'huile de ricin, les grands lavages, la belladone sont surtout utiles.

L'*huile de ricin* sera donnée le matin à petites doses incorporées au premier déjeuner. Son emploi alternera avec celui des grands lavements. Ceux-ci seront administrés à faible pression, lentement et à une température voisine de 40°, à la dose de 1 litre 1/2 à 2 litres 1/2. Ces lavages calment l'irritation douloureuse et spasmodique de l'intestin, amènent l'évacution des matières accumulées dans sa cavité, et exercent une action d'antisepsie mécanique.

On peut se servir de l'eau bouillie ; pour renforcer l'action antiseptique, d'une solution faible de biborate de soude ou de salicylate ; pour exercer une action modificatrice sur le catarrhe intestinal, d'une solution très étendue d'ichtyolate neutre d'ammoniaque.

On devra éviter avec soin tout ce qui pourrait produire une irritation de l'intestin, les purgatifs drastiques par exemple, les injections astringentes, le massage dans les cas où il existe une hyperesthésie marquée de l'intestin ou un spasme douloureux du côlon.

On a quelquefois recommandé de donner une alimentatton riche en détritus végétaux : des légumes verts, des fruits cuits, du pain complet, etc. Beaucoup de malades ne les supportent pas, et l'on est forcé de leur prescrire un régime qui favorise la constipation, mais diminue l'irritation de la muqueuse digestive.

Les lavements d'huile sont souvent très utiles, surtout combinés avec les grands lavages à faible pression.

La *belladone* est souvent prescrite avec succès Elle calme la douleur, et combat la tendance au spasme. Plus rarement, on aura recours à l'opium et à ses dérivés ; ils peuvent cependant être employés quelquefois.

Les applications locales chaudes et les grands bains chauds ont une action calmante très utile. Les bains prolongés et les grands lavements chauds sont la base de la cure fait dans les Vosges : on y a quelquefois abusé des douches ascendantes données à une pression trop élevée.

Il est assez souvent avantageux d'agir sur le nervosisme général par l'emploi des calmants nerveux et de l'hydrothérapie. Souvent les malades sont affaiblis, amaigris, et il y a lieu de relever le taux de leur alimentation en même temps que de leur prescrire un régime plus approprié à l'état de leur tube digestif.

Les poussées dysentériformes seront combattues par des lavages avec une solution faible de nitrate d'argent, les hémorragies par les préparations d'hamamélis et les grands lavements à 45°.

Pathogénie de la goutte.

Voici, d'après le rapport au Congrès de notre éminent collaborateur le Dr *Le Gendre*, quelle est la pathogénie de la goutte :

Depuis qu'on a constaté la nature uratique des tophus et l'uricémie chez les goutteux, les efforts des théoriciens ont eu presque toujours pour but d'expliquer la pathogénie de la goutte par le mécanisme de l'accumulation d'acide urique dans l'économie et la précipitation de l'urate de soude dans les tissus. Les principales théories ont invoqué : l'introduction en excès, par l'alimentation, d'acide urique ou de subs-

---

FEUILLETON

Monnaie de singe

» Les médecins se plaignent du sans-gêne des Pouvoirs publics à leur égard... c'est une mauvaise habitude que vous avez laissé prendre au Gouvernement. A quoi bon se gêner avec des gens qui ne se défendent pas ? Dr CHAUTEMPS.

Il n'y a pas de profession qui compte plus de parasites et soit plus exploitée que la nôtre : toutes les dispositions législatives d'hygiène ou de bienfaisance sont au détriment du médecin ; l'Etat, les communes, les grandes administrations et les sociétés philanthropiques de tout ordre le mettent à contribution et lui réclament sans cesse de nombreux services non salariés.

Quelques flagorneries, l'appât d'une distinction, d'un titre honorifique, d'un bout de ruban, suffisent la plupart du temps pour que les fils d'Hippocrate se laissent séduire et sacrifient largement, sans compter, à leurs instincts naturels de charité.

Ce qu'on n'oserait pas demander à un avocat, à un notaire, car ces messieurs se font toujours payer, lorsqu'on fait appel à leur ministère, on ne craint pas de l'exiger de nous, presque comme un dû, comme un sacrifice tout naturel. Ceci est à l'honneur de notre profession et certes, on ne saurait trop engager les nouveaux venus à continuer les traditions des anciens, chaque fois qu'ils se trouveront en présence d'une infortune réelle, d'une misère avérée ; mais il n'en saurait être de même vis-à-vis des pouvoirs publics qui n'aspirent qu'à les gruger sans merci, sans même leur en savoir gré, qu'à la dernière extrémité, lorsque les personnages officiels ou les représentants du peuple ont préalablement bénéficié de ce désintéressement.

Inutile d'ajouter que ceux-ci ne sauraient comprendre et apprécier cette noblesse d'âme ; elle les stupéfie comme un rébus, dont le sens leur échappe.

Les temps sont assez durs pour que nos cadets, devenus plus pratiques que leurs aînés, ne soient plus les propres artisans de leur déchéance, pour qu'ils ne se laissent plus accaparer et hypnotiser par la perspective de voir leur boutonnière ornée d'un peu de ganse verte, rouge ou violette, après de nombreux lustres de bons et loyaux services.

Si l'État et ses fonctionnaires, vos ennemis naturels, ne vous y trompez pas, ont besoin de vous, qu'ils prennent l'habitude de vous montrer du doigt la direction de la caisse, au lieu de vous désigner la vitrine du marchand de colifichets officiels.

J'ai lu récemment dans les *Mémoires de madame du Hausset* que, dès le temps de Louis XV, son médecin, le brave Quesnay, qui sut rester honnête dans le singulier milieu où il vécut, faisait passer l'argent de ses honoraires avant les fanfreluches si convoitées par ses contemporains. Il prétendait avec beaucoup de bon sens que c'était par vanité, pour voir le peuple les regarder d'un œil bêtement admirateur, que divers seigneurs souhaitaient d'obtenir et de porter le cordon bleu : « Et pourtant, ajoutait-il, tout cela n'est que du vent. Ce ruban ne leur servira de rien dans presque tous les pays ; il ne leur donne aucune puissance, tandis que mes pièces me permettent de secourir partout les malheureux. Vive la toute-puissante poudre de *perlimpinpin* ! »

La leçon est bonne à retenir et devrait bien atténuer la séduction que les insignes de tout grade

tances azotées génératrices d'acide urique ; la formation en excès d'acide urique par destruction des nucléines ou nucléo-albumines issues des leucocytes ou des noyaux de toutes les cellules du corps ; l'accumulation d'acide urique par insuffisance de transformation en urée, soit par torpeur du foie ou défaut d'un ferment lui permettant d'accomplir sa fonction uro-poiétique, soit par insuffisance des oxydations dans l'organisme entier ; la rétention d'acide urique dans le sang par insuffisance de la fonction éliminatrice du rein ; la résorption d'acide urique dans le rein, qui, supposé chargé normalement d'accomplir par certaines de ses cellules la formation d'acide urique par conjugaison de l'urée et du glycocolle venus du foie, deviendrait impuissant à éliminer l'acide formé. Celui-ci résorbé deviendrait dans le sang du quadri urate de soude qui. surabondant,se précipiterait sous certaines influences dans les tissus à l'état de biurate de soude.

Pour les uns, la présence de l'urate de soude dans les tissus articulaires y provoquerait seulement comme corps étranger la réaction inflammatoire paroxystique. Pour d'autres, l'acide urique agirait comme poison chimique et nécrosant, et la mortification préalable des tissus serait nécessaire à la formation des dépôts uratiques cristallisés.

Certains expliquent les localisations goutteuses par la moindre vascularisation ou la moindre résistance des tissus prédisposés et l'explosion des accès par l'entrave aux fonctions rénales.

D'autres attribuent à une influence nerveuse les localisations, les paroxysmes et les métastases.

On a pensé aussi que l'acide urique n'était nocif qu'après avoir subi certaines modifications physiques ou chimiques et qu'un rôle pathogène devait être attribué également à des substances autres que l'acide urique, telles que les corps alloxuriques.

Chacune de ces théories soulève de valables objections chimiques, physiologiques ou pathologiques ; les plus spécieuses ne peuvent d'ailleurs expliquer que le mécanisme de l'accès de goutte et non le trouble de la nutrition cellulaire, permanent et transmissible par hérédité, qui est le lien nécessaire entre les accidents morbides intermittents chez l'individu, comme entre la maladie du père et celle du fils.

Mais la statistique clinique a mis hors de doute que la goutte se rencontre avec une fréquence toute particulière chez les individus dont les ascendants ou les descendants sont atteints de maladies du groupe dit arthritique ou par ralentissement de la nutrition, en première ligne le diabète et l'obésité, et que la goutte est associée souvent chez le même individu à quelques-unes de ces maladies.

Or les relations numériques établies entre les maladies du groupe arthritique autorisent à attribuer à chacune d'elles le mode pathogénique démontré vrai pour une d'entre elles par M. Bouchard, après les travaux duquel il n'est plus permis de douter que le diabète consiste en une diminution de l'aptitude des tissus à brûler le sucre, à pousser à l'extrême les transformations des hydrates de carbone. Si, cliniquement, la goutte est de même nature que le diabète, il y a grande vraisemblance pour qu'il existe chez le goutteux une élaboration défectueuse de la matière azotée, une inaptitude des tissus à détruire d'une façon parfaite l'albumine.

Parmi les conséquences de l'incomplète des-

---

paraissent avoir pour les grands enfants de notre époque : c'est avec cette ferblanterie panachée qu'on parvient à coudre tant de bouches, à calmer tant d'indignations, à museler tant d'indépendances et à abaisser tant de caractères !

On a jugé dernièrement un de nos confrères qui, pour son excuse, prétendait être atteint de l'ivresse des décorations, genre d'ébriété qui se produit habituellement de sang froid :

« — Que voulez-vous ? expliquait-il au président, d'une voix qu'il essayait de rendre persuasive,mais c'est plus fort que moi ! Quand j'ai bu seulement un petit verre de trop, au lieu d'avoir l'ivresse gaie comme un bon Gaulois, je l'ai au contraire... vaniteuse. Et il me faut aussitôt arborer à ma boutonnière les palmes académiques.

— Mais quand vous avez été arrêté, lui objectait le président, pour port illégal de décorations, vous aviez en outre le ruban de la Légion d'honneur.

— Oh ! mon explication est bien simple. J'étais cette fois en état complet d'ebriété, et dame, voyez-vous, quand je suis tout à fait dans les vignes du Seigneur, à moi les hautes distinctions, à moi le ruban violet, à moi le ruban rouge !

Les sceptiques juges de la huitième chambre n'ont pas voulu admettre cette excuse bien originale de l'ivresse des décorations, et, séance tenante, ils ont octroyé quatre mois de *carcere duro* à ce pseudo-poivrot. »

Avec un pareil levier de vanité, a dit Pierre Véron, avec un peuple qui voit rouge, on fait ce qu'on veut : « La mare aux grenouilles, qui coassait affreusement et refusait tous les soliveaux, s'emplit d'allégresse, dès que Marianne prend un bout de faveur rouge et l'attache à sa ligne. Les reinettes les plus ingouvernables deviennent attentives et s'efforcent de saisir l'hameçon. ».

La fête des palmes représente tant d'extases domestiques, tant de joies naïves, qu'un ami de l'humanité a même proposé de médailler tous les Français. — Goguès a trouvé mieux encore, c'est de rendre les décorations lumineuses, à partir de six heures du soir : « Qu'est-ce une toile, fût-elle celle de l'honneur qui est invisible, la nuit ? Dès que l'invention sera entrée dans les mœurs, nous doutons qu'aucune ville au monde puisse offrir le spectacle que donneront les rues de Paris, sillonnées à la vesprée de petites lueurs, rouges, vertes, jaunes, tricolores. Cela sera, tout le fait présumer, le clou de l'exposition, clou autrement intéressant dans l'histoire de l'humanité que les surannées fontaines lumineuses. »

Trouverait-on aujourd'hui beaucoup de gens qui oseraient dire au gouvernement l'équivalent de ce que Ducis fit répondre à Napoléon I[er], « qu'il n'avait que faire de son honneur,que le sien propre lui suffisait ».

L'attrait de l'enrubannement résiste à tout, non seulement à la verve caustique des chansonniers, mais encore aux plus rudes épreuves, aux démarches les plus pénibles, aux rebuffades les plus répugnantes.

Les ambitieux doivent accumuler les placets, les recommandations, les services exceptionnels et même de grosses injustices, avant de pouvoir être hissés sur le piédestal rêvé. Ce qui fait que plus d'un quémandeur réussit, après avoir fait tout ce qu'il fallait pour mériter de ne pas arriver.

Nos savants français sont tous des hommes éminents, prétend Arnould Frémy ; c'est bien dommage qu'il faille tant en décorer. Que de médecins

truction des déchets, prend place l'encombrement de l'organisme et par certains acides (oxalique, acétique, lactique, etc.), qui peuvent diminuer les conditions de solubilité de l'acide urique, sans que celui-ci soit nécessairement en excès dans le sang, et par certains corps organiques dont la toxicité peut contribuer à la genèse des accidents multiples de la goutte.

La statistique clinique met encore en évidence les affinités morbides de la goutte avec l'albuminurie simple, avec la néphrite interstitielle, comme la fréquence et l'intensité des perturbations chez les goutteux. On peut inférer de ces coexistences que les troubles fonctionnels du rein, comme ceux du système nerveux, jouent un rôle dans la préparation de la goutte et dans l'explosion de ses paroxysmes, soit par entrave apportée à l'élimination des déchets toxiques de la dénutrition des tissus, soit par inhibition neuro-trophique du métabolisme intra-cellulaire.

Quand la goutte est acquise, le trouble nutritif des cellules est amené par une hygiène défectueuse (abus d'aliments azotés ou riches en acide oxalique, et de certaines boissons fermentées, insuffisante activité physique et surmenage du système nerveux) ou par l'action d'un poison (le plomb).

Quand la goutte est héréditaire, c'est que le trouble nutritif des cellules du procréateur s'est continué à travers l'ovule ou le spermatozoïde dans la descendance de ces cellules.

Ulcérations gastriques.

D'après M. le Dr *Dieulafoy*, on peut trouver dans l'estomac des ulcérations de toute dimension, depuis la très petite ulcération punctiforme dite érosion, jusqu'aux grandes ulcérations étalées et profondes qui dépassent l'étendue d'une pièce de cinq francs.

Les troubles digestifs, l'intolérance stomacale, les vomissements, les hématémèses, la perforation de l'estomac avec ses conséquences, l'adjonction du cancer, sont des symptômes et des complications communes à bon nombre d'ulcérations stomacales.

Au lieu de passer en revue chacun de ces symptômes et chacune de ces complications, ce qui serait une étude de séméiologie, il est préférable de choisir parmi les ulcérations stomacales un certain nombre de types, représentant au point de vue clinique, pathogénique et anatomique, des entités morbides assez nettement définies. Voici quelques-uns de ces types :

« 1° L'érosion stomacale est la plus petite des ulcérations. Elle se présente à la muqueuse sous forme d'un pointillé hémorrhagique plus ou moins abondant, témoin les érosions pneumococciques. Malgré leur très petite dimension, les érosions peuvent provoquer des hématuries abondantes.

« 2° Dans quelques circonstances on trouve sur la muqueuse stomacale une ou plusieurs pertes de substance, un peu plus étendues que l'érosion. J'ai proposé à cette lésion la dénomination d'*exulceratio simplex*. Pour si superficielle qu'elle paraît, cette exulcération peut atteindre les artérioles qui rampent au-dessous de la muscularis mucosæ, et provoquer l'explosion d'hématémèses terribles, souvent mortelles si le traitement n'intervient pas.

3° L'ulcère simple de Cruveilhier (ulcus simplex) est le type des ulcères de l'estomac à évolution chronique et à tendance perforante. L'hé-

---

des hôpitaux, que d'agrégés, ne sauraient mener un grand travail et des recherches importantes à bonne fin, s'ils n'étaient soutenus par la perspective d'entrer dans la terre promise de la chancellerie.

Jeunes gens naïfs qui seriez disposés à oublier la simplicité à laquelle on accolle si facilement et si mensongèrement l'épithète de démocratique, rappelez-vous à quelles personnalités le gouvernement prodigue trop souvent ses marques d'estime.

Evidemment, il est bien obligé, pour la forme, de faire risette à quelques supériorités, qui représentent le patriciat intellectuel, l'élite de la nation ; mais ses prédilections sont avant tout pour les politiciens et les financiers, pour les opportunards, les panamistes, les mercenaires, les exotiques, les roublards et agents électoraux de tout acabit, qui, avec des phrases creuses sur l'émancipation du prolétariat et d'habiles flatteries à l'adresse des masses inconscientes, contribuent à fausser, à duper le suffrage universel.

Les simples couturiers passent avant les médecins et c'est le cas de répéter l'amusant pastiche qui suit, de l'*Aiglon* :

Pour mériter la croix en ces temps fabuleux,
Sabre ou mousquet au poing, il fallait en découdre ;
Pour gagner aujourd'hui le ruban glorieux,
Il suffit de brandir des ciseaux et de coudre !

Il est vrai, comme on l'a fait remarquer, que le ruban des braves, à la boutonnière d'un couturier, ne pourra jamais faire que l'effet d'un échantillon.

On peut calculer dès à présent les proportions de l'avalanche de parchemins et de diplômes qui ne tarderont pas à s'abattre, durant la kermesse internationale de 1900, sur ce qu'on peut appeler les chevaliers de l'apéritif, c'est-à-dire sur les fabricants de quinquinas variés et avariés, d'amers, de digestifs et autres breuvages homicides, en un mot sur les vrais représentants de notre génération alcoolisée, les pourvoyeurs de misère et de déchéance qui mènent la gigue absinthique de cette fin de siècle.

Et c'est pour vous mêler à cette farandole, à cette cohue sans âme, sans élévation, sans culture, pour être confondus avec d'infâmes parvenus, avec des aigrefins, des pleutres ou des médiocres avérés, que vous consentiriez à être une partie de votre vie les thuriféraires et les humbles serviteurs de quelques galonnés, que vous vous laisseriez presque réduire à la misère ?

Allons donc, ce serait jouer un rôle de dupe : — plus de courbettes, de grâce ; que votre colonne dorsale reste inflexiblement rigide, sauf devant le mérite. Songez d'abord à votre famille, à vos enfants, si vous en avez, et, si vous êtes seul, arrangez-vous de façon à avoir quelques réserves pour vos vieux jours, car alors personne ne vous viendra en aide.

Mieux vaut s'assurer de bonne heure *l'aurea mediocritas* désirable, au lieu de sacrifier la proie pour l'ombre, au lieu de s'en laisser imposer par des avantages superficiels, que la libre Amérique a eu le bon esprit de rejeter et qui ne sont plus de notre temps (sauf pour l'armée, peut-être).

Encore une fois, il est bon, il est beau que le médecin soit généreux et humain envers les pauvres; mais il est équitable qu'il soit convenablement rémunéré par ceux qui peuvent s'acquitter envers lui et l'Etat est certainement au nombre de ces derniers.

Dr Grellety (de Vichy).

---

morrhagie et la perforation en sont les complications les plus redoutables.

« 4° Citons aussi des ulcérations stomacales spécifiques, dues à la tuberculose et à la syphilis, pouvant aboutir comme l'ulcus simplex aux hémorrhagies et à la perforation.

« 5° Il n'est pas rare que le cancer vienne se greffer sur une ulcération stomacale.

« 6° La pathogénie des ulcérations stomacales n'est pas encore complètement élucidée. Il faut faire la part des agents infectieux, des agents toxiques, des lésions artérielles, et du suc gastrique. Il est possible qu'une ulcération, petite au début, aboutisse à l'ulcus simplex.

« 7° Le traitement des ulcérations stomacales est, suivant le cas, médical, spécifique et chirurgical.

Injections de sérum gélatineux.

Le *Bull. médical* rapporte que le Dr *Frendweiler* a observé deux cas de néphrite hémorrhagique dans lesquelles on tenta d'obtenir l'hémostase en pratiquant des injections sous-cutanées de sérum gélatineux. Le résultat dans l'un et l'autre cas fut des plus mauvais ; aussitôt après l'injection, et certainement sous sa dépendance, il se fit une hématurie très intense avec hémoglobinurie. De plus, l'albuminurie augmenta fortement.

Dans le second de ces deux cas les choses se remirent progressivement dans l'état primitif, mais dans le premier l'albuminurie resta plus du double de ce qu'elle était avant cet essai de traitement.

De ces observations il résulte que l'existence d'une néphrite contre-indique l'emploi des injections de sérum gélatineux comme moyen d'hémostase.

Empoisonnements non professionnels par l'aniline.

Depuis les très anciennes communications des hygiénistes sur les cas d'intoxication par les boissons fuchsinées, on n'avait plus guère entendu parler des méfaits de l'aniline et de ses dérivés, sauf dans les manufactures où ce poison se manipule.

Tout au plus, les auteurs ont-ils signalé de violents érythèmes des membres inférieurs, provoqués par les bas de couleur teints à l'aniline.

MM. *Landouzy* et G. *Brouardel* viennent de communiquer à l'Académie de médecine une série de recherches expérimentales et d'observations cliniques concernant une dizaine d'enfants et démontrant la réalité d'intoxications aniliques par les teintures employées au noircissement des bottines jaunes.

Le syndrôme observé chez les enfants en question, a été simple dans son uniformité : pas de crampes, pas de tremblements, pas de vomissements; l'anéantissement allant jusqu'à la chute, jusqu'à la torpeur profonde et complète ; la sensation du froid et surtout la teinte asphyxique passant par toute une série de nuances et de degrés, suivant les parties du corps, suivant les moments plus ou moins éloignés du début des accidents, suivant l'âge des enfants : teinte asphyxique allant depuis le faciès blafard jusqu'au gris de plomb, jusqu'au gris ardoisé, jusqu'à la cyanose bleue.

Chez ces petits malades, il en a été de leur asphyxie bleue, de leur torpeur et de leur mort menaçante comme dans l'infinie variété (variété d'acuité et de forme) des accidents professionnels relatés ; l'empoisonnement a varié avec leur âge et avec le temps plus ou moins long, durant lequel ils sont restés chaussés, tout comme chez les ouvriers ont été vus des accidents graves ou légers, suivant que les empoisonnés avaient plus ou moins longuement respiré une atmosphère anilinée; suivant qu'à la première apparition chez eux de la cyanose bleue on les avait fait sortir de l'atelier.

Une particularité intéressante est l'albuminurie légère, temporairement présentée par les empoisonnements, fait à rapprocher des expériences, dans lesquelles les animaux ont eu de l'hémoglobinurie, fait à rapprocher de ce que nous ont appris les cliniciens et les expérimentateurs touchant les altérations des globules rouges du sang, touchant la diminution d'hémoglobine par une transformation d'une partie de l'hémoglobine en méthémoglobine (qui donne au sang des empoisonnés sa coloration spéciale), touchant l'hémoglobinurie parfois observée en clinique.

Les résultats obtenus sont absolument superposables à ceux jusqu'ici relatés d'empoisonnement anilique provenant d'absorption sous-cutanée, gastrique ou respiratoire.

Ce qu'il faut retenir de particulièrement intéressant et nouveau dans les recherches expérimentales de Landouzy, c'est la complète différence des résultats obtenus, suivant les conditions d'humidité et de chaleur dans lesquelles on avait placé les animaux ; ce sont ces expériences d'un dispositif qui cherchait à s'approcher des conditions de la clinique, qui permettent de prouver que, chez les dix enfants victimes d'un empoisonnement anilíné, le mode de pénétration du poison (alors qu'on se serait cru en droit de penser à la parfaite fixité de la teinture) a été la voie cutanée, des vapeurs d'aniline ayant trouvé toutes conditions propices d'abord à leur dégagement, ensuite à leur absorption par le réseau vasculaire cutané.

L'œdème aigu du poumon.

M. le Dr *Teissier*, de Lyon, a fait au Congrès un rapport sur l'œdème pulmonaire, dont nous retiendrons le traitement :

Malheureusement, dit-il, le mécanisme intime de l'œdème pulmonaire aigu, encore incertain sous certains côtés, ne permet pas une thérapeutique exclusivement pathogénique. Et dans l'intervention, il y a lieu de reserver une certaine part aux enseignements de l'expérience.

a) Celle-ci a démontré *l'utilité incontestable de la saignée.* Les bons effets d'une large décompression veineuse sont justifiés par la clinique et par les résultats de l'expérimentation. La saignée agit encore en soustrayant à la circulation une certaine quantité de substances toxiques ; enfin en diminuant la tension dans les cavités droites, elle favorise la circulation pulmonaire et facilite la contraction des cavités gauches.

b) La révulsion sur les troncs nerveux et le plexus cardiaque est traditionnelle, étant donné qu'ils interviennent le plus souvent directement

ou, par action réflexe, dans la production des troubles vaso-moteurs, provocateurs de l'œdème.

c) *L'atropine*, sur laquelle on avait beaucoup compté à cause de ses propriétés antidotiques par rapport à la muscarine, n'a donné que des résultats nuls ou infidèles.

d) Le *nitrite d'amyle* oxycarboné, récemment étudié par Winckler et qui semble dépourvu des inconvénients du nitrite d'amyle, semble pouvoir être utilisé avec quelques chances de succès, eu égard à ses propriétés vaso-dilatatrices et à son influence marquée sur l'énergie contractile du cœur.

e) L'acide carbonique administré par la voie rectale a, dans des cas graves, associé à la révulsion et aux applications de ventouses scarifiées, donné de bons résultats, peut-être en assurant une meilleure ventilation pulmonaire et en calmant la dyspnée.

f) En tout cas la morphine paraît un médicament dangereux et qui semble devoir être abandonné.

g) Enfin dans les cas désespérés on a recommandé la ponction de l'oreillette droite (Werbroock, Dana) et la trachéotomie avec aspiration du liquide obstruant les grosses bronches (Sahli). Nous ne sommes pas en état d'apprécier la valeur de ces différents procédés.

OTOLOGIE

Lavage de l'oreille

Les procédés de lavage diffèrent quelque peu selon qu'ils s'adressent au conduit ou à l'oreille moyenne.

A.— Lavage du conduit

1° *Appareils*. — Pour faire une irrigation dans le conduit il faut : *a)* un *appareil à injection* ; *b)* un *vase* qui renferme le liquide à injecter, *c)* un *deuxième vase* qui recueille à sa sortie de l'oreille le liquide injecté.

a) Les divers *appareils injecteurs* connus : seringue ordinaire, seringue anglaise ou énéma, poire en caoutchouc, irrigateur Eguisier, bock, etc., peuvent être utilisés, à la condition qu'ils puissent aisément être tenus propres et, mieux encore, stérilisés.

A cet égard, le meilleur instrument est la *seringue en verre* à piston d'amiante ou de caoutchouc qui supporte aisément un séjour de cinq minutes dans l'eau bouillante, temps nécessaire à sa stérilisation. Comme la seringue à hydrocèle, celle-ci est munie à sa base de deux anneaux ou de deux ailettes sur lesquels l'index et le médius prennent un point d'appui pendant que le pouce agit sur la tige du piston.

Sa contenance doit être de 80 à 100 centimètres cubes : plus petite, l'opérateur serait obligé de la remplir à intervalles trop rapprochés ; plus grande, elle ne serait pas maniable ; à cet égard, mieux vaut choisir une seringue courte et large qu'une seringue longue et mince, car l'instrument devant être tenu d'une seule main, sa manœuvre sera d'autant plus difficile que l'écart entre le pouce et les autres doigts sera plus considérable, c'est-à-dire que la tige du piston sera plus longue.

La *forme de l'extrémité* de l'instrument n'est pas indifférente. On trouve dans le commerce *deux variétés d'embouts* : les uns renflés ou olivaires, les autres plus ou moins effilés et pointus. Chacune de ces variétés d'embouts a ses avantages et ses inconvénients :

1° Avec une *extrémité renflée*, on n'a pas à craindre de blesser le conduit ; mais il est à peu près impossible de le laver convenablement, car si l'olive est maintenue au contact du méat, elle obstrue celui-ci et empêche la sortie du liquide injecté ; si elle est placée à distance, le liquide pénètre rarement jusqu'au fond du conduit, région où les sécrétions stagnent le plus volontiers ; les embouts olivaires doivent donc être rejetés, car ils rendent le lavage à peu prés illusoire.

2° Avec un *embout effilé*, l'extrémité de la seringue peut être introduit de façon à assurer la pénétration du jet de liquide ; mais, si l'opérateur est inexpérimenté ou le sujet indocile, les parois du conduit d'une part, la membrane tympanique elle-même de l'autre sont exposées à des traumatismes plus ou moins graves. Il est facile, il est vrai, de parer à ces inconvénients. Pour écarter tout danger de blessure du conduit, il suffit de garnir l'extrémité de la seringue d'un tube de caoutchouc de un à deux centimètres de longueur ; un morceau de drain peut suffire à cet usage, mais il est plus commode de se servir d'un *embout en caoutchouc souple* fabriqué à cet usage, et qu'on fixe soit sur un embout renflé, soit sur un embout pointu.

Dans tous les cas, l'orifice terminal de la seringue doit présenter un diamètre d'au moins un millimètre et demi ; un orifice plus petit donnerait un jet insuffisant.

L'embout doit être mobile et il est bon d'en posséder plusieurs pour la même seringue : car, si l'on a plusieurs malades à soigner de suite, on évite ainsi la perte de temps nécessitée par la stérilisation de l'ajutage après le traitement de chacun d'eux : il suffit, en effet, de changer l'embout qui, seul, a été souillé. Mais, si cette condition est suffisante, elle est en même temps nécessaire ; la stérilisation antérieure de la seringue et celle du liquide d'injection ne donneront qu'une fausse sécurité si l'extrémité de l'instrument se charge de porter les microbes d'une oreille à l'autre.

Les ajutages doivent être, après désinfection, conservés dans une solution antiseptique : le phénosalyl à 1/100 convient à cet effet. La seringue elle-même doit être conservée dans de l'eau naphtolée saturée : cette immersion a l'avantage d'assurer l'étanchéité du piston d'amiante.

Ces considérations sur les ajutages s'appliquent aux autres instruments à injection.

La *seringue anglaise* présente sur la seringue à piston, outre l'inconvénient d'une stérilisation difficile, celui d'exiger pour sa manœuvre le concours des deux mains.

Les *poires* ou *boules* en *caoutchouc*, de leur côté, ont un désavantage ; avec elles, pas de précision dans la direction du jet, leur extrémité se déplaçant au moment où on les comprime.

Elles ont cependant cet avantage d'être d'un prix minime qui les rend très utiles dans la thérapeutique de nos indigents.

Le *bock* ou laveur, consistant en un réservoir cylindrique d'une contenance de un à deux litres et muni d'un tube de caoutchouc terminé par

un embout en verre, est l'instrument le plus commode pour les malades qui doivent faire eux-mêmes leurs lavages.

b) Le *recipient* qui renferme le liquide à injecter, doit présenter une ouverture assez large pour qu'on y puise facilement son contenu ; il doit être propre et facile à nettoyer ; si l'on se sert d'eau bouillie, le mieux est de la laisser dans le vase où on la fait bouillir.

c) Le *vase* destiné à recueillir le liquide injecté peut être de forme quelconque ; mais il est préférable de se servir d'un *plateau réniforme* qu'on place au-dessous de l'oreille et dont l'échancrure s'adapte à la conformation de la région. La matière dont est faite le plateau importe peu : ébonite, carton durci, tôle émaillée, verre, cuivre. La couleur noire des plateaux en ébonite ou en carton durci, offre l'avantage de faire ressortir la teinte blanche du pus.

Des appareils spéciaux ont été imaginés pour éviter toute effusion de liquide et conduire celui-ci directement du méat au vase récepteur. Tels sont les irrigateurs à double courant (Duplay), les gouttières auriculaires, les entonnoirs en caoutchouc qui s'adaptent au pavillon par leur partie évasée et dont l'extrémité rétrécie se continue par un tube plus ou moins long jusqu'au vase destiné à recevoir le liquide. La gouttière *auriculaire* rend de grands services dans la clientèle de cabinet en mettant sûrement les vêtements à l'abri de toute éclaboussure.

2° *Liquide à injecter.* — a) *Nature.* — Le liquide est aseptique ou antiseptique. En général, un liquide aseptique, tel que l'eau bouillie, suffit à tous les besoins. L'eau doit être portée à l'ébullition pendant vingt minutes, et de préférence à deux reprises successives. Il ne faut pas se dissimuler que les diverses solutions antiseptiques préconisées : eau boriquée, phéniquée, salicylée, etc., n'ont pas de vertus spéciales, du moment que l'on cherche simplement à nettoyer l'oreille ; le liquide de lavage a une action purement mécanique, celle d'expulser le contenu du conduit. Son action désinfectante, quelle que soit sa composition, est à peu près nulle, puisqu'il ne doit pas séjourner dans l'oreille et qu'une fois celle-ci nettoyée, on a soin, ainsi que nous le dirons, d'enlever toute trace du liquide injecté. On peut même craindre que l'addition à l'eau de substances antiseptiques, en particulier d'acide phénique, d'alcool, de sublimé, ne provoque la coagulation sur places des sécrétions à enlever et ne s'oppose ainsi à leur sortie.

Il serait plus logique d'ajouter à l'eau une certaine quantité de sel marin ou de sulfate de soude (5 p. 100 environ) de façon à créer une sorte de sérum artificiel qui dissolve les sécrétions albumineuses déjà coaguleés et détache celles qui adhèrent aux parois du conduit. Cette addition de sels serait d'ailleurs utile à un autre point de vue : elle empêcherait l'altération de la muqueuse au contact de l'eau pure et sa destruction par osmose.

b) *Température.*— Elle doit être à peu près celle du corps, c'est-à-dire osciller de 37° à 39° ; plus élevée ou plus basse, elle détermine une impression désagréable : l'injection trop chaude est douloureuse, l'injection trop froide provoque du vertige.

c) *Quantité.* — Elle ne peut être fixée à l'avance ; elle dépend de l'abondance et de la nature des produits à expulser ; les sécrétions adhérentes sont seulement ramollies par les premières portions du liquide injecté et ne se détachent qu'au moment où un demi-litre, un litre même, de liquide est déjà passé dans l'oreille. En général il faut continuer l'irrigation tant qu'elle ramène des sécrétions.

3° *Technique.* — A. *position du malade.* — Le malade est assis ou couché ; dans aucun cas il ne doit rester debout pendant l'injection, car la station verticale favorise l'apparition de divers accidents. L'oreille à laver est tournée du côté du jour ou éclairée artificiellement. Une serviette pliée en plusieurs doubles et placée sur l'épaule du malade ; on insinue le bord entre son cou et son vêtement. Il tient lui-même un plateau réniforme au-dessous de son oreille, à moins qu'on ne préfère confier celui-ci à un aide. Il faut assurer, par une pression convenable, un contact intime entre le bord du plateau et les téguments, afin de fermer tout interstice par lequel le liquide pourrait couler dans le cou du malade.

B. *Position du medecin.* — Le médecin se tient debout devant l'oreille à laver. La techique varie selon qu'il se sert d'une seringue ou d'un énéma, les deux instruments les plus fréquemment employés.

Le récipient qui renferme le liquide à injecter est placé à sa portée ; la seringue est remplie et *purgée d'air*.

1° *Seringue.*—De la main gauche, il redresse le conduit de façon à assurer la pénétration du liquide jusqu'au tympan ; à cet effet il attire le pavillon en haut, en arrière et en dehors s'il s'agit d'un adulte, simplement en arrière et en dehors, s'il s'agit d'un enfant ; il le maintient dans cette position pendant toute la *durée* de l'injection.

De la main *droite* il saisit la seringue remplie et dont il présente l'extrémité libre à l'entrée du conduit ; il a soin de pousser le jet parallèlement à la direction de celui-ci et autant que possible en suivant l'une de ses parois ; après avoir atteint le fond de l'oreille, le liquide revient en suivant la paroi opposée et s'échappe au dehors entraînant avec lui les produits à expulser.

La seringue étant vidée, le médecin quitte sa position et remplit de nouveau l'instrument en ayant toujours soin de le purger d'air, sans quoi l'injection s'accompagne d'un bruit de gargouillement très gênant pour le malade. Il fait une nouvelle injection ; puis il remplit et vide ainsi la seringue à plusieurs reprises jusqu'à ce que le liquide sorte absolument limpide de l'oreille.

2° *Enéma.* — Ici le réservoir qui renferme le liquide à injecter doit être tenu par un aide au voisinage de l'oreille malade, puisque l'une des extrémités de l'instrument doit constamment plonger dans le liquide. Si l'opérateur est privé d'aide il lui est commode de se munir d'une boîte à lait en porcelaine, c'est-à-dire facilement stérilisable, dont il passe l'anse dans son poignet gauche auquel la boîte reste suspendue : la main reste libre pour saisir le bout de l'instrument correspondant dont l'extrémité aspirante plonge dans le liquide ; la main droite dirige l'embout auriculaire. Les deux mains étant occupées, le conduit ne peut être redressé.

La *force* du jet doit toujours être modérée au début ; on ne l'augmente ensuite que progressi-

ment et seulement s'il est nécessaire, c'est-à-dire si les produits à expulser tardent à se détacher.

3° *Bock*. — Lorsque le malade se sert d'un bock laveur, il suffit en général que le réservoir soit placé à 50 centimètres au dessus de la tête du sujet : une pression plus forte risquerait d'être mal supportée.

4° *Soins consécutifs. Séchage*. — Une fois le lavage achevé, le conduit doit être séché ; il y a à cela plusieurs raisons : *a*) la présence de liquide dans l'oreille provoque soit de la surdité par obstruction du conduit, soit une sensation pénible de pesanteur ou des bruits subjectifs ; *b*) son séjour y amène au bout de peu de temps le ramollissement par imbibition des parois du conduit et rend celles-ci plus vulnérables et plus accessibles à l'action des agents infectieux ; *c*) enfin il peut servir à ces derniers de milieu de culture.

Le séchage s'opère en deux temps : dans un premier temps, on fait écouler du conduit la plus grande quanté du liquide qui y reste, en faisant incliner la tête du malade, en essuyant le méat avec la serviette qui est placée sur son épaule. Dans un second temps, on opère la dessiccation des parois du conduit encore humides à l'aide d'un porte-coton, selon les règles indiquées pour le nettoyage à sec.

D[r] M. Boulay,
Ancien Interne des Hôpitaux

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Hommage à MM. Cézilly et Gassot.

Nos confrères ayant souhaité que partie du produit de la souscription fût consacrée à une œuvre de bienfaisance médicale, la souscription reste ouverte jusqu'à notre assemblée générale de novembre. Chaque fin de mois, nous publierons la liste des nouveaux souscripteurs. On tiendra à honneur d'y figurer.

D[r] Maurat, D[r] Jeanne.

Les actes du Congrès de déontologie.

La médecine des frontières.

La troisième séance du Congrès s'est ouverte par la lecture d'un exposé des conditions d'exercice dans les diverses nations.

M. *Schwalbe* (de Berlin) lit en son nom et en celui de M. Shober, de Paris, son rapport sur cette question. Il insiste sur les mesures que prennent à l'égard des docteurs diplômés, les différents gouvernements. On peut sous ce rapport diviser les différents pays en cinq groupes :

1° Les pays du premier groupe défendent rigoureusement l'exercice de la médecine à tous les étrangers (Serbie, Luxembourg).

2° Ceux du deuxième groupe imposent les mêmes conditions aux étrangers qu'aux indigènes (France, Allemagne, Autriche, Suisse, Italie, Belgique, Danemark, Grèce, etc.).

3° Dans un troisième groupe on peut placer les pays qui accordent des mesures de faveur aux docteurs étrangers (Angleterre, Etats de l'Amérique du Nord, Brésil, Chili, etc.).

4° Les pays du quatrième groupe ne demandent que des productions d'un diplôme de docteur d'un pays civilisé pour accorder l'autorisation d'exercer la médecine sur leur territoire (Monaco, Egypte, Perse, Transvaal et Orange).

5° Le cinquième groupe comprend les pays ne possédant pas de législation médicale (Chine, Japon, Zanzibar, Colombie, etc.).

M. le D[r] Stœber (de Nancy) profite de la circonstance pour soulever la question des conventions en matière d'exercice sur la frontière d'Alsace-Lorraine, et demander que l'on établisse, en les précisant, les conditions réciproques de la pénétration des médecins des deux pays.

Mais M. le D[r] Gairal (de Carignan) saisit avec beaucoup d'à propos l'occasion de généraliser le vœu, et demande qu'il soit appliqué aux frontières belge, luxembourgeoise, suisse et italienne. Il répond victorieusement à quelques objections de M. le D[r] Vandamme (de Bruxelles), et constate que, si les démarches rappelées par M. le D[r] Lereboullet ont été, jusqu'ici, sans résultat, il est logique d'espérer que le sentiment d'un Congrès *où les médecins des pays en présence se seront mis d'accord sur une même formule*, sera entendu par les gouvernements intéressés.

En conséquence, il demande et obtient le vote du vœu suivant, dont le Congrès devra poursuivre activement la réalisation : « *Que les conventions diplomatiques concernant la médecine des frontières soient modifiées en établissant nettement la distance à laquelle chaque médecin pourra pénétrer sur le territoire étranger.* »

Il convient d'enregistrer avec quelque plaisir l'accord réalisé sur ce point. Si, en effet, les intérêts en présence peuvent trouver satisfaction dans la délimitation réclamée, nous croyons que la Commission permanente internationale, à laquelle le Congrès a confié le soin de donner suite à ses résolutions, verra tomber les objections d'ordre diplomatique qu'on opposait aux demandes d'une seule des parties.

Les abus des consultations et hospitalisations gratuites.

C'est à la même séance que commença la discussion du très remarquable rapport qu'avait préparé sur cette question M. le D[r] Thiéry, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Il nous fut particulièrement agréable d'entendre l'orateur donner, après M. Variot, et par des exemples aussi nombreux que choisis, la mesure des abus qui se commettent en cette matière et des conséquences déplorables qu'ils entraînent. Il fallait que ces choses fussent dites, et là, et par une bouche autorisée, celle d'un témoin oculaire de tous les jours. Nous félicitons M. Thiéry d'avoir si bien rempli la tâche qui lui fut confiée par le Syndicat de la Seine.

Contre ses conclusions rigoureusement justes, les congressistes qui ont invoqué les grands mots de charité sans réglementation, de pitié sans bornes devant les humbles, n'ont obtenu que le succès éphémère dû à l'écho que les hymnes philanthropiques rencontrent toujours au cœur du médecin. Mais il ne s'agissait pas de cela, puisqu'on parlait d'abus.

Pas davantage ne portait le reproche soulevé

par nos confrères de Belgique et d'Autriche, à savoir que les pratiques attaquées avaient pour but, ou pour résultat, de donner prétexte à un enseignement clinique profitable aux étudiants. La consultation des hôpitaux parisiens n'apporte pas d'élément pour l'instruction des élèves, ainsi que l'a dit M. Thiéry, et le tribut fourni, de ce côté, par l'hospitalisation, ne doit pas varier le jour où les seuls indigents occuperont les lits aujourd'hui détenus par des payants.

Si des congressistes étrangers ont pu dire que la question traitée par M. Thiéry avait un caractère trop local pour permettre d'autres conclusions que des conclusions locales, M. Smith n'en a pas moins été heureux de faire connaître les abus de même genre, et plus graves encore, qui se commettent en Angleterre, avec une organisation toute différente des hôpitaux.

Mais, en fait, la discussion souleva des questions incidentes de la part des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris. Fallait-il supprimer les consultations hospitalières, comme le demandait M. le Dr Dorison ? Convenait-il, suivant l'opinion de M. le Dr Noir, de n'avoir à Paris qu'un seul corps de médecins hospitaliers, obligeant ainsi le jeune médecin des hôpitaux à passer par le service des bureaux de bienfaisance ? M. le Dr Lande fut d'avis qu'il y avait lieu d'écarter tout ce qui pouvait paraître une manifestation d'antagonisme entre médecins des hôpitaux et médecins des bureaux de bienfaisance. Après lui, M. le Dr Lereboullet, président du Congrès, tout en constatant la faveur presque unanime acquise chez les congressistes français aux conclusions du rapport, mais soucieux de laisser à la décision du Congrès le caractère international qu'elle comportait, donna lecture du vœu suivant de M. le Dr Cuylits (de Bruxelles) qui fut adopté à l'unanimité :

« Le Congrès, reconnaissant qu'il importe « que les services hospitaliers soient réservés « aux indigents, laisse aux associations pro« fessionnelles le soin de poursuivre l'applica« tion de ce principe suivant les nécessités loca« les. »

Quoi que l'on puisse penser du vague de cette formule, nous estimons qu'elle a la portée d'un mot d'ordre dont l'écho sera entendu partout, et que syndicats et toutes autres sociétés voudront le faire prévaloir en toute occasion.

Pour la France, en particulier, les conclusions du rapport Thiéry semblent bien résumer, et le but à poursuivre et les voies et moyens qui doivent nous y conduire. Elles sont ainsi conçues :

1° Une entente doit avoir lieu entre les médecins de la ville, le corps des hôpitaux, l'Administration de l'Assistance publique, et les pouvoirs publics pour empêcher les malades aisés d'abuser des consultations gratuites et de l'hospitalisation.

2° Au besoin, l'Assemblée législative doit être saisie d'un projet ayant pour but de réglementer l'Assistance gratuite, conformément aux lois du 7 mars 1793, du 24 vendémiaire an II et du 2 floréal an II (Convention nationale).

3° Considérant que c'est à l'Administration qu'il appartient de prendre à sa charge les mesures destinées à réprimer les abus, et qu'un résultat effectif ne peut être obtenu qu'en multipliant les difficultés pour le malade aisé de se présenter à l'hôpital, nous vous proposons de soumettre à l'approbation des pouvoirs publics les moyens suivants :

A. Affichage extérieur et intérieur de l'avis qui réserve les consultations et l'hospitalisation aux malades indigents et nécessiteux et des formalités nécessaires pour obtenir l'un et l'autre.

B. Conservation des circonscriptions hospitalières avec application intégrale du réglement en ce qui les concerne.

C. Création de commissaires enquêteurs de quartier et de bons pour consulter, valables pour une année, délivrés aux indigents et nécessiteux, établissant leur situation après enquête de ces commissaires. Nécessité de présenter ces bons pour être admis soit à la consultation gratuite, soit à l'hospitalisation proprement dite et de répondre à un formulaire mentionnant l'état civil et la situation pécuniaire du malade.

D. Engagement écrit par le malade de rembourser à l'hôpital la valeur de la consultation ou des soins et frais de séjour, si l'enquête démontre une fraude dans ses déclarations. En cas de récidive, le malade commet une contravention qui serait punie d'amendes et même de prison. (Au cas où la fraude proviendrait de fausses déclarations du propriétaire ou du concierge, responsabilité pénale de ces derniers.)

E. Suppression des lits payants en dehors des cas où le malade pourrait justifier soit d'un cas d'urgence, soit d'insuffisance ou de modicité extrême de ses ressources. Suppression de la Maison municipale de Santé.

G. Application stricte des règlements actuellement existants et adoption des vœux du Conseil supérieur de l'Assistance publique en ce qui concerne l'hospitalisation des malades de province.

L'application de ces dispositions qui, à première vue, paraissent viser surtout Paris, peu se faire dans les grandes et petites villes au moyen d'adaptations aux circonstances locales : c'est aux médecins et à leurs groupements qu'il appartient de réaliser celles-ci.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

L'exercice de la pharmacie par le médecin de campagne

A M. le Dr D., membre du Sou médical

Vous me demandez, dans votre lettre du 12 juin, si un docteur en médecine qui a aussi le diplôme de pharmacien, peut vendre à ses clients les médicaments qu'il leur ordonne, malgré la présence, dans la ville où il exerce, de plusieurs officines de pharmacie.

Ni dans la loi du 21 germinal an XI sur la pharmacie, ni dans celle du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, il n'existe de dispositions interdisant le cumul des professions de médecin et de pharmacien à celui qui possède les deux diplômes.

Le projet de loi voté par le Sénat et qui est devenu la loi du 30 novembre 1892, contenait un article interdisant ce cumul. La commission de la Chambre des députés a fait écarter cet article pour être

renvoyé à la commission de la loi sur la pharmacie, loi qui est toujours en préparation.

« Actuellement donc, dit M. Léchopié (nouvelle législation médicale p. 235) par suite de la suppression de cet article 11, il faut continuer à admettre que celui qui possède les deux diplômes a le droit d'exercer les deux professions (Cassat.13 août 1841 ; Orléans 2 juillet 1838 ; 27 juillet 1840 ; Paris 3 août 1850).

L'art. 27 de la loi de germinal an XI qui n'autorise les officiers de santé ou docteurs en médecine à fournir des médicaments aux personnes près desquels ils sont appelés que lorsqu'ils exercent dans des bourgs, villages, ou communes où il n'y a pas d'officines ouvertes, ne s'applique qu'aux médecins qui n'ont pas obtenu le diplôme de pharmacien.

Il découle tout naturellement des observations qui précèdent que le docteur en médecine, muni du diplôme de pharmacien, qui pourrait tenir une officine ouverte au public, même dans les villes où il y a des pharmacies, peut à plus forte raison, fournir à ses clients les médicaments qu'il leur ordonne.

Vous me demandez, en second lieu, si le médecin, muni du diplôme de pharmacien, qui, sans tenir une officine ouverte, fournirait seulement des médicaments à ses malades, devrait payer deux patentes et être soumis à l'inspection.

La double patente ne pourrait être imposée à mon avis qu'au médecin qui tiendrait une officine ouverte.

En effet, la jurisprudence du Conseil d'Etat refuse d'assimiler au pharmacien le médecin qui, dans le cas de l'art. 27 de la loi de germinal an XI, fournit des remèdes exclusivement à ses malades. Elle reconnait qu'il n'est pas commerçant et que, s'il est passible de l'impôt des patentes, c'est seulement en qualité de médecin. Dans ses observations sur une affaire soumise au Conseil d'Etat le 16 mars 1888 (Dalloz, 1889, 358), le ministre du commerce a émis l'avis que l'assimilation aux pharmaciens des dépôts de médicaments tenus par les médecins de campagne pour être mis à la disposition de leur clientèle, sans officine ouverte et sous leur responsabilité de médecin, ne parait résulter ni de la loi du 21 germinal an XI, ni d'aucune autre disposition légale. Les mêmes principes sont évidemment applicables au médecin, muni du diplôme de pharmacien, qui ne fournit de médicaments qu'à sa clientèle médicale.

En ce qui concerne la surveillance qui s'exerce sur les pharmacies, le médecin, muni du diplôme de pharmacien, qui ne fournit de médicaments qu'à ses malades, ne me parait pas devoir être traité autrement que l'officier de santé, non muni du diplôme de pharmacien, qui se trouve dans le cas prévu par l'art. 27 de la loi de germinal. Or, dit M. Léchopié (nouvelle législ. médicale, p.233) en ce qui concerne ces derniers, « il résulte de la jurisprudence du Conseil d'Etat que s'ils sont astreints à la taxe pour la vérification des poids et mesures, ils ne sont soumis ni à la surveillance spéciale qui s'exerce sur les pharmaciens ni à la taxe spéciale destinée à couvrir les frais de visites (Conseil d'Etat 27 decembre 1859 ; 14 juin 1878. Dal. 1899 3, 19 ; 8 août 1890. Le droit, 3 et 4 novembre 1890 ; 26 mars 1888, Dal. 1889 3.58).

Le projet de loi sur sur la pharmacie, en préparation, les soumet au contraire, sauf la patente, à toutes les obligations des lois et règlements sur la pharmacie.

J'estime donc que le médecin, dans le cas que vous me soumettez, ne doit être astreint ni au paiement d'une patente comme pharmacien en plus de celle qu'il paie comme médecin, ni au droit de visites qui s'exerce sur les pharmacies.

Georges Gatineau,

Avocat à la Cour d'appel de Paris
Conseil du Sou médical.

N. B. On sait qu'une loi nouvelle sur l'exercice de la pharmacie est actuellement soumise aux délibérations du Parlement, sous le nom de projet Astier. Elle a été votée en première lecture, sans délibération, par la Chambre des députés, le 4 juillet dernier ; la seconde lecture viendra après la rentrée, et, si le projet est adopté, il sera porté devant le Sénat.

Voici le texte de l'article 12 de cette proposition, qui sera peut-être la loi à partir de l'année prochaine :

« L'exercice simultané de la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, avec celle de pharmacien ou d'herboriste, est interdit, même en cas de possession par le même titulaire des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions. *Cette disposition n'est pas applicable aux possesseurs actuels des deux diplômes.*

« Toutefois, le médecin établi dans la commune où il n'y a pas de pharmacien peut fournir des médicaments aux malades près desquels il est appelé et qui résident dans des communes distantes de 6 kil. au moins de toute pharmacie. Il ne peut délivrer les médicaments aux malades qui viennent le consulter dans son cabinet que s'il réside lui-même dans une commune éloignée de 6 kil. au moins d'une pharmacie.

Les médecins bénéficiant de cette exception ne peuvent avoir officine ouverte ; ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmacies des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

(Le reste de l'article concerne la vente des médicaments par les vétérinaires.)

Ainsi que le déclare M. le rapporteur, le projet a voulu respecter les droits acquis. Le 1er paragraphe qui contient la disposition relative aux possesseurs actuels des deux diplômes, est la reproduction fidèle du texte voté par le Sénat antérieurement. Le médecin possesseur des deux diplômes aura le droit de vendre les médicaments qu'il prescrira à ses malades, puisqu'il conserve même le droit de tenir officine ouverte.

Il est certain qu'il ne sera pas astreint à une double patente et qu'à cet égard la loi nouvelle, loin de modifier les règles qui se dégagent de la jurisprudence du Conseil d'Etat, ne fait que les confirmer.

En ce qui concerne la vérification des poids et mesures, la jurisprudence du Conseil d'Etat, sous le régime de la loi actuelle, ayant décidé que les médecins qui ont le droit de vendre exceptionnellement des médicaments, sont astreints à cette vérification, il me paraît certain que rien à cet égard ne sera changé par la loi nouvelle.

La question de savoir si le médecin, possesseur des deux diplômes avant la loi nouvelle, et qui, sans tenir d'officine ouverte, se contentera de vendre les médicaments qu'il aura prescrits, sera soumis aux visites des inspecteurs, est beaucoup plus délicate et les solutions qu'on peut donner sur ce point sont particulièrement hypothétiques.

Sous le régime de la loi actuelle, les médecins qui vendent exceptionnellement les médicaments, soit qu'ils se trouvent dans le cas de l'art. 27 de la loi de Germinal au XI, soit que, possesseurs des deux diplômes, ils restreignent la vente des médicaments aux malades de leur clien-

tèle, paraissent devoir être exemptés de la surveillance spéciale qui s'exerce sur les pharmacies, ainsi que cela résulte des autorités citées dans la précédente consultation.

La loi nouvelle déclare bien, au point de vue du cumul des deux professions de pharmacien et de médecin, qu'elle laisse aux possesseurs actuels des deux diplômes le bénéfice des droits acquis par eux sous le régime de la loi actuelle. Mais elle modifie, sur ce point, le régime appliqué jusqu'ici aux médecins autorisés à vendre des médicaments à titre exceptionnel. C'était par assimilation avec le cas de ces derniers et en raison de la jurisprudence du Conseil d'Etat à leur égard que nous avions conclu que les visites des inspecteurs ne devaient pas être imposées aux médecins munis du diplôme de pharmacien qui ne vendraient de médicament qu'à leurs malades, sans tenir d'officine ouverte.

La loi nouvelle devant imposer la visite des inspecteurs aux médecins qui, dans les conditions prévues, vendront exceptionnellement des médicaments à leurs seuls malades, il semble que le même régime devra être appliqué aux médecins, munis des deux diplômes antérieurement à la loi, et qui ne vendront aussi des médicaments qu'à leurs malades. Il s'agit là d'une mesure de surveillance qui ne touche pas aux droit acquis et d'ailleurs la phrase du 1er paragraphe du projet de loi édictant que « cette disposition n'est pas applicable aux possesseurs actuels des deux diplômes », ne concerne que le droit de cumuler les deux professions, en tenant officine ouverte. G. G.

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Syndicat de Rouen.

Extrait du procès-verbal de la séance du 25 mai 1900.

Présidence de M. Cerné, Président.

La séance est ouverte à 8 heures 1/2.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend : 1° une lettre du Président du Syndicat des Médecins de la Seine qui engage ses confrères à se rendre aux Congrès professionnels et exprime le regret de voir les Etrangers toujours plus nombreux que les Français à ces réunions.

2° Une lettre d'un confrère qui demande conseil dans le cas suivant :

A la suite d'un accident de chemin de fer, il avait donné les premiers soins aux blessés dans la journée ; puis, le soir, il fut de nouveau appelé auprès d'eux par le Maire de la commune, sur les réquisitions du commissaire spécial de la gare de Dieppe, à l'effet de fournir, après serment, un double certificat médico-légal.

M. le Dr J... a reçu des honoraires pour les soins qu'il a donnés aux blessés. Mais le Parquet de Dieppe refuse de payer les certificats médico-légaux.

Le cas de notre confrère mérite de retenir toute notre attention, car il se reproduit assez souvent.

(M. le Président avait été chargé de suivre cette affaire, de concert avec M. le Dr J..., lorsque celui-ci l'a informé que le Parquet avait enfin reconnu le bien fondé de sa demande.)

Une lettre de notre confrère G... est renvoyée à l'examen du Bureau.

M. le Président donne ensuite quelques renseignements sur une affaire dont il a été prié de s'occuper officieusement.

On a pu voir qu'un nommé M... avait été condamné pour exercice illégal de la médecine à Cléres.

Les médecins qui avaient porté directement la plainte ayant craint un moment que l'affaire ne fût enterrée, avaient fait part de leurs appréhensions à M. le Président, qui constate avec plaisir l'excellent accueil qu'il a reçu de M. A., procureur de la République, lors de la visite qu'il lui fit à cette occasion.

M. Carliez demande s'il ne serait pas possible que le Syndicat se portât partie civile, non pour avoir de gros dommages-intérêts, mais seulement pour obtenir un jugement susceptible d'inspirer une crainte salutaire à tous ceux qui exploitent la crédulité publique en exerçant illégalement la médecine.

M. le Président se demande si l'occasion est bien choisie. En dehors d'autres considérations, le délinquant a disparu de la région. Néanmoins, il étudiera cette question. La plupart des membres présents approuvent en principe la proposition de M. Carliez, tout en se ralliant aux réserves faites par M. le Président.

M. E. Delabost résume ensuite les travaux du Syndicat du Havre pendant l'année 1899. Il fait ressortir l'assiduité avec laquelle les séances sont suivies et les bons résultats que produit, chez nos voisins, l'entente du Corps médical. Grâce à cette entente, le Syndicat du Havre parvient à protéger de mieux en mieux les médecins contre certaines exploitations qu'ils sont obligés de subir. En particulier, les Sociétés de secours mutuels se trouvent obligées de se conformer à un tarif élaboré spécialement pour elles.

Les procès-verbaux du Syndicat du Havre montrent d'autre part, l'impuissance de nos Associations contre les agissements peu confraternels d'un médecin non syndiqué. C'est là une de ces lacunes de notre organisation que les partisans de la création d'un Ordre des médecins, avec inscription d'office de tous, espèrent faire disparaître.

Des remercîments sont adressés à M. E. Delabost.

La séance est levée à 10 heures 1/2.

Le Secrétaire,
Dr E. Delabost.

Union des Syndicats médicaux du Calvados

Le jeudi 5 juillet, les délégués des Syndicats médicaux du Calvados se sont réunis à Caen, au siège de la Société de Médecine, 220, rue Saint-Jean.

Etaient présents :

Caen : Drs Barette, Bourienne, Osmont.
Bayeux : Drs Davy, Chodorowski, Gallier.
Pont-l'Evêque : Drs Waill, Massart.
Vire : Drs Dubois, Lepelletier.

Le Dr *Waill* rappelle l'objet de la réunion actuelle, que le Syndicat de Pont-l'Evêque a provoquée. Il expose la nécessité de fonder une Union départementale dans le but de donner aux décisions syndicales une autorité plus grande et de lutter contre les collectivités telles que les compagnies d'assurances, les Sociétés de secours-mutuels, etc.

L'Assemblée partage ces idées en principe et l'Union est déclarée fondée.

Les dispositions suivantes sont ensuite adoptées après discussion :

1° Chaque syndicat gardera son autonomie.

2° Le Conseil, dit Conseil de l'Union des Syndicats du Calvados, sera composé du président et de deux délégués de chaque Syndicat.

3° Le Conseil discutera les questions d'ordre général qui intéressent la profession et soumises à ses délibérations par les délégués.

4° Les réunions auront lieu à Caen, 220, rue Saint-Jean, le premier jeudi de chaque trimestre, à 3 heures 1/2.

5° Le Comité du Conseil de l'Union sera composé d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire et d'un secrétaire-adjoint.

L'Assemblée passe ensuite à l'élection de son bureau, qui est ainsi composé :

Président : Dr Waill.
Vice-président : Dr Davy.
Secrétaire : Dr Osmont.
Sécrétaire-adjoint : Dr Bourienne.

Le Conseil met à l'ordre du jour de la séance suivante la question de l' « Unification des tarifs d'assurances ».

La prochaine réunion aura lieu le 4 octobre.

Le Secrétaire provisoire,
Dr Lepellier.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Nous adressons nos félicitations à MM. les docteurs *Guibert*, de Saint-Brieuc et *Verdier*, d'Auch, membres du *Concours Médical*, qui viennent d'être nommés officiers d'académie.

Bibliographie. — Vient de paraître chez L. Larose, 22, rue Soufflot, Paris. *Traité théorique et pratique d'assistance publique*, par MM. Derouin, Gory et Worms. 3 volumes. 28 f.

Avis du ministère des postes. — Le service des postes nous demande de publier l'avis suivant:

« En vue de simplifier le classement des correspondances à distribuer dans Paris et de hâter la sortie des facteurs, l'Administration s'occupe de mettre en concordance les circonscriptions de distribution avec la division administrative par arrondissements. Cette mesure ne produira tous ses effets qu'autant que l'adresse des lettres et autres objets pour Paris sera complétée par l'indication de l'arrondissement où réside le destinataire.

L'Administration croit pouvoir compter sur le concours du public, pour la réalisation d'une amélioration qui l'intéresse directement. »

Il nous semble que l'Administration des postes n'obtiendra un résultat appréciable que si, par les calendriers, elle donne la liste des rues de Paris, en ajoutant après chacune le numéro de l'arrondissement dont elle fait partie.

Un comble. — Il a été soumis au Syndicat des médecins de la Seine une contestation d'honoraires, où un juge de paix a rendu un jugement qui constitue un véritable comble.

Sur une note de 600 francs, il est versé d'abord à un de nos confrères 300 francs, qui en délivre un « reçu à valoir ». Les derniers 300 francs ne pouvant être obtenus, le médecin les réduit volontairement à 200 pour pouvoir assigner son client devant le juge de paix. Or, celui-ci se déclare incompétent, prétendant que le docteur *n'avait pas le droit de réduire sa note d'honoraires* !

La lutte contre la tuberculose dans les diverses régions de la France. — M. Landrin a fait observer que depuis quelque temps les asiles nationaux de Vincennes et du Pecq n'acceptent plus avec juste raison les tuberculeux convalescents. En attendant que les établissements spéciaux soient créés, M. Landrin a demandé que l'administration soit invitée à construire dans les deux établissements ci-dessus désignés un pavillon d'isolement pour y recevoir les tuberculeux convalescents. Il a déposé un vœu dans ce sens. M. Labusquière a appuyé ce vœu et invité également l'administration à étudier une solution intermédiaire de nature à améliorer d'urgence la situation faite aux tuberculeux. M. le Dr Navarre a fait observer que le sanatorium d'Angicourt, destiné à recevoir les tuberculeux, va être ouvert prochainement. Le gouvernement a institué une Commission d'étude chargée d'examiner les voies et moyens de combler toutes les lacunes signalées, notamment sur la question de savoir dans quelle mesure l'Etat devra intervenir dans la constitution des Caisses de secours pour aider les communes. Il estime que, en attendant les réformes d'ensemble qui vont intervenir, il serait imprudent de multiplier les pavillons d'isolement dans les hôpitaux. Le renvoi du vœu de M. Landrin à l'administration et à la 5e Commission a été prononcé.

Dans la Gironde, M. le Dr Dupeux a fait adopter le vœu suivant par le Conseil d'arrondissement, dans sa séance du 25 juillet :

« Considérant que le Sanatorium girondin pour le traitement de la tuberculose pulmonaire, qui a pris naissance au Conseil d'arrondissement de Bordeaux, est une œuvre départementale créée exclusivement en faveur des indigents du département de la Gironde, émet le vœu que les communes du département soient invitées à souscrire à cette œuvre, ainsi que le Conseil général. »

Près d'Orléans on a procédé, le 22 juillet, à la pose de la première pierre du Sanatorium du Loiret sur le territoire de la commune de Chéry. Enfin, la ville de Marseille, grâce à la générosité éclairée d'une dame de la ville, entre en possession d'un legs de 4 millions, destiné à la création d'un Sanatorium pour tuberculeux.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4532. — M. le docteur Macheboeuf, de Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme), présenté par M. le docteur Robert, de Marcillat (Allier) et membre de l'Association des médecins du Puy-de-Dôme.

N° 4533. — M. le docteur Volpert, de Stenay (Meuse), membre de l'Association et du Syndicat des médecins de la Meuse.

N° 4534. — M. le docteur Tanche, de Armbouts-Cappel (Nord), membre de l'Association des médecins du Nord.

Le Directeur-Gérant : **A. CÉZILLY.**

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 33 18 AOUT 1900



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les Congrès.

Et les Congrès se succédaient toujours.

Il serait excessif de dire que ces grandes assemblées font jaillir du premier coup la lumière éclatante sur les problèmes obscurs de l'heure présente, qu'elles fixent les hésitations de doctrine d'une manière définitive, qu'elles donnent toutes le jour à d'importantes découvertes, comme celui de Buda-Pesth donna l'essor à la sérothérapie.

Mais, en définitive, elles sont prétexte à un assaut d'idées, de méthodes novatrices, de vues personnelles plus ou moins justes. Si tout cela, en première heure, semble inextricable et confus, rien n'empêche qu'il ne s'en dégage à la longue, par la méditation des observateurs, des indications précieuses.

Il n'est pas mauvais non plus que le praticien sorte ainsi de temps en temps de son horizon toujours un peu uniforme et borné ; qu'il échange ses impressions contre celles qui sont nées dans un autre milieu. Puisqu'on nous permet, à nous, de faire un peu d'internationalisme, au nom de la science, qui n'a pas de patrie, il est sage de profiter de la permission.

Enfin, ceux qui rêvent constamment des bienfaits que nous réserve l'âge, encore lointain, de la solidarité médicale régnant en grande maîtresse, se retrempent dans la contemplation du chemin parcouru, et dans le coude à coude avec les autres enthousiastes dont ils partagent les idées.

Nous avons été heureux, pour notre part, de rencontrer là de braves lutteurs dont nous ne connaissions que les écrits et les actes ; nous aurons plus à cœur encore, désormais, de nous tenir en communion d'idées avec eux pour éviter la divergence des efforts.

Tous les discours, les rapports, les banquets, ne seront pas aussi stériles que le disent les impatients.

Nous avons, pêle-mêle, mis en grange une moisson : nous ferons à tête reposée le triage qu'elle réclame.

Et nous y trouverons beaucoup de bon grain.

H. J.

REVUE DU CONGRÈS DE MÉDECINE

Nous substituerons pendant quelques semaines une Revue du Congrès de Médecine de Paris à notre habituelle « *Semaine médicale* », et nous nous efforcerons de présenter dans cette Revue la quintessence pratique des communications susceptibles d'intéresser nos lecteurs.

PATHOLOGIE INTERNE.

Le laryngo-typhus.

D'après M. le Dr *Vincent*, de Paris, les ulcérations laryngées qui surviennent dans le cours de la fièvre typhoïde, ne sont pas toutes spécifiques au même titre que les ulcérations intestinales et peuvent reconnaître pour cause un microorganisme autre que le bacille d'Eberth. On a considéré comme laryngo-typhus, à la fois, les ulcérations superficielles de la muqueuse laryngée et la périchondrite suppurative avec nécrose du cartilage. Les premières ne sont que la manifestation de la laryngite catarrhale vulgaire. Les secondes sont beaucoup plus rares.

« J'ai eu l'occasion, dit M. Vincent, d'observer un cas de laryngo-typhus à marche aiguë, terminé par œdème de la glotte et la mort, chez un sujet de 22 ans. Les coupes du larynx ont été faites au niveau de la portion inférieure du ventricule, près de la région des muscles thyro-aryténoïdiens interne et externe, et aussi, au-dessous de la corde vocale inférieure. Les coupes colorées au picro-carmin ou à la théonine, ou bien par la méthode de Weigert, suivie de la coloration à l'éosine, ont montré soit des *soulèvements phlycténulaires* de l'épithélium, soit des *ulcères microscopiques* de la muqueuse, première phase des ulcérations laryngées.

« Dans le derme de la muqueuse, infiltration leucocytaire avec vascularisation intense, thrombose, et raptus hémorragiques. L'épithélium glandulaire est tuméfié, nécrosé. Le périchondre est sillonné de vaisseaux très dilatés. Le tissu cellulaire interstitiel de la muqueuse est infiltré d'exsudat séro-fibrineux. La coloration des bactéries dans les coupes montre une infiltration prodigieuse de *cocci* étroitement tassés, ailleurs réunis en élégantes *chaînettes*. Aucun autre microbe. Les amas microbiens sont particulièrement nombreux au-dessous des ulcérations de la muqueuse. Par leur voisinage ils ont nécrosé l'épithélium superficiel, plus fragile que les autres éléments. Dans la profondeur, les traînées microbiennes s'étalent à la surface du périchondre, mais ailleurs elles ont fait effraction à travers celui-ci et se trouvent en contact direct avec le cartilage. On voit donc que, dans ce cas, tous les éléments constitutifs de la muqueuse laryngée ainsi que le périchondre, ont été intéressés en masse et simultanément, ce qui confirme les vues de Rokitansky.

« Les cultures ont fourni le streptocoque seul, très abondant et quelques rares colonies du staphylocoque blanc. Il en résulte, par conséquent, que le bacille typhique ne paraît pas être, au moins dans tous les cas, la cause première de l'ulcère du larynx. Le terme de laryngo-typhus désigne donc, non pas un symptôme, mais une complication de la fièvre typhoïde, due à d'autres agents que le bacille d'Eberth. Dans un autre cas très analogue, mais terminé par la guérison, l'ensemencement de la sérosité recueillie aussitôt après la laryngotomie m'a donné également le streptocoque. Il est vraisemblable que les autres microbes pyogènes peuvent intervenir aussi, puisque Fraenkel dit avoir trouvé en pareil cas le staphylocoque doré. »

La tuberculose et les médications nouvelles.

« S'appuyant sur une conception complète de la tuberculose, M. le Dr *Baradat*, de Cannes, préconise comme traitement de cette maladie une médication qui s'adresserait à la fois au germe, à ses produits toxiques et enfin au terrain.

Les médications nouvelles destinées seulement à l'un de ces facteurs, sont, suivant l'expression de l'auteur, des médications partielles.

Les unes, en relevant le terrain infecté, ne peuvent servir qu'à tenir en respect et à neutraliser l'agent infectieux ; les autres, en s'adressant seulement à celui-ci, sont souvent d'une application difficile ou incomplète.

L'auteur examine, au point de vue critique, quelques-unes, les plus importantes, de ces médications nouvelles.

Tout d'abord et en premier lieu, il considère que le traitement hygiénique doit être la base — l'adjuvant indispensable de toute médication ; — sans lui, toutes devront fatalement échouer (Daremberg, Chuquet, etc...).

La façon la plus simple pour réaliser ce traitement hygiénique est celle des sanatoriums libres, des Home sanatoriums de Landouzy, échelonnés sous forme de villas, sur nos rives ensoleillées de la Méditerranée. Là, en effet, toutes les conditions, visant non seulement l'hygiène, mais aussi l'état moral parfait du malade, qui n'est soumis qu'à sa propre volonté de guérir, peuvent être facilement remplies. Le sanatorium fermé doit être réservé aux impulsifs, aux malades incapables d'avoir une volonté et de savoir se diriger.

Au point de vue du traitement médicamenteux, l'auteur examine la valeur du cacodylate de soude, qui présente certaines indications précises pour relever le terrain.

Mais, il n'est pas en mesure aujourd'hui d'affirmer l'action spécifique qu'on a voulu lui attribuer contre la tuberculose.

Le cacodylate constitue une excellente acquisition

FEUILLETON

M. le Dr Dumarest (de Voiron), dans un petit discours de réception à l'Académie Delphinale, avait à faire l'éloge de son prédécesseur, M. le Dr Chabraud.

Après avoir présenté le savant et l'homme de lettres, l'enfant du pays toujours soucieux du bien-être de ses concitoyens, il fit le portrait suivant du praticien :

Le médecin de village.

Il faut avoir vécu pour bien juger la vie ;
Il faut avoir subi l'injustice et l'envie
Pour savoir la douceur de ce pur mouvement
Du cœur, source divine où naît le dévoûment.
De même qu'on rencontre, en gravissant les cimes,
Par les déserts affreux, au penchant des abîmes,
La fleur exquise et rare où parfum, coloris,
Bienfaisantes vertus, la nature a tout mis,
Ainsi parmi l'horreur des vices et des crimes
On voit s'épanouir des fleurs d'âmes sublimes ;
Et tandis que tout être, en d'incertains combats,
Lutte par force ou ruse et bataille ici-bas,
Et que chacun se rue à la mêlée ardente,
D'autres aussi sont nés qu'un but plus noble tente.
Aimer, se dévouer, sans espoir de retour,
Passer d'une misère à l'autre tour-à-tour,
Relever, consoler l'homme que l'infortune
A terrassé, trouver toujours l'heure opportune
Pour secourir qui souffre, et pour donner la main
A l'inconnu qui saigne aux ronces du chemin.
Pitié ! prendre pitié ! voilà la fleur céleste
Qui du Paradis d'Eve est tout ce qui nous reste,
Et tel est son parfum qu'à travers nos laideurs
De Dieu même elle fait pressentir les splendeurs.

II

C'est le soir, au retour d'une course lointaine ;
Le cheval, flairant la pitance prochaine,
Se hâte dans la nuit au gîte qui l'attend.
Son maître aussi revient harassé, mais content
De voir bientôt dans l'âtre une joyeuse flamme,
Et la table dressée, et la charmante femme
Qui d'un tant doux accueil va sourire au retour.
Il songe, dans la brume et le froid, que le jour
Fut rude, pleins d'efforts, de soucis et de peine,
Qu'il a fallu gravir le mont, longer la plaine,
Visiter le gros bourg, atteindre le hameau,
Passer de la chaumière à l'orgueilleux château...
Et retrouver partout le mal et la misère !

pour la thérapeutique, car il donne des résultats merveilleux dans tous les cas où l'arsenic trouve des indications.

Il en est de même de certains sérums artificiels, récemment préconisés, qui doivent être rangés dans la classe des reconstituants du terrain et auxquels il manque le pouvoir bactéricide ou antitoxique.

En regard de ces médications, le suc de viande, préparé suivant les indications de MM. Richet et Héricourt (Zomothérapie), et auquel il faut attribuer une véritable action antitoxique, peut être applicable dans quelques cas. Et, chaque fois que l'auteur a pu l'employer, il en a obtenu des résultats remarquables chez les tuberculeux.

Il indique le moyen qui lui paraît le plus efficace pour préparer le plasma et pour le faire accepter par les malades.

Il reproche à cette médication : d'être coûteuse (1500 grammes de viande par jour) et, par suite, de n'être pas applicable pour tout le monde ; d'être difficilement supportée par certains malades ; de nécessiter une surveillance très attentive, car le suc de viande se corrompt très vite et devient rapidement toxique (injecté sous la peau d'un animal, une heure après sa préparation, il entraîne la mort) en quelques minutes.

En terminant, l'auteur se reporte aux travaux publiés il y a quelques années par Bertin et Pick sur la sérothérapie antituberculeuse. Il s'étonne que cette méthode, basée sur la nature même et l'évolution du bacille, et reposant aujourd'hui sur des faits cliniques précis, n'ait pas trouvé dans la pratique une généralisation plus grande. L'emploi du sérum de Bertin et Pick lui a donné des guérisons inattendues chez des tuberculeux dont l'état de santé se maintient parfait depuis plusieurs années.

Il estime que le sérum de Bertin et Pick, tel qu'il est aujourd'hui modifié, constitue une médication rénovée, on peut dire la médication nouvelle la plus efficace et la plus parfaite.

Elle lui paraît remplir à elle seule toutes les conditions désirables par son action à la fois dynamique et stimulante et antitoxique. Son innocuité est absolue et son application facile (une injection hypodermique de dix centimètres cubes tous les deux jours).

Cependant, il pense que, même avec le sérum de Bertin, la médication cacodylique doit être utilisée comme un précieux adjuvant, dans la plupart des cas, au même titre que le tannin, l'iode, l'huile de foie de morue, etc.....

Pneumonies et broncho-pneumonies grippales.

M. le Dr *Villard*, de Marseille, a réuni en un certain nombre de conclusions les résultats de ses recherches sur le traitement des pneumonies et broncho-pneumonies grippales.

A) 1° Dans une première période, on observe une simple congestion pulmonaire grippale, préparant le terrain à l'infection secondaire par le pneumocoque, le streptocoque, le pneumobacille. Dans les formes bénignes de ce processus congestif et bronchitique, M. Villard associe l'ipéca à dose vomitive aux purgatifs salins. Il administre également l'ipéca à dose expectorante en potion. Ainsi se trouvent simultanément réalisées : l'antisepsie intestinale, l'antisepsie bronchique, l'anémie du poumon. 2° Dans les formes plus graves, à foyers congestifs étendus, à bronchite très intense ; dans la fluxion de poitrine, vraie polycongestion grippale, on obtient une action thérapeutique plus énergique en associant le vésicatoire à la médication précédente. Si l'état des reins interdit la révulsion cantharidienne, on doit recourir largement aux ventouses scarifiées, et même aux applications de sangsues chez les enfants et les sujets pusillanimes.

B) A la période de pneumonie et de broncho-pneumonie confirmées, la toxémie domine le tableau clinique et crée le danger immédiat. Elle se traduit par trois symptômes majeurs qui sont l'asthénie, le teint plombé, l'asphyxie capillaire. Ces trois signes, presque toujours précoces, sont d'une constatation précieuse. Existant toujours à la période d'état, ils peuvent apparaître au stade congestif initial, permettant alors, avec la viscosité croissante des crachats, de prédire à coup sûr l'infection pulmonaire ultérieure. Dès qu'ils apparaissent, même en l'absence des phénomènes caractéristiques d'auscultation, il faut employer *exclusivement* la triade thérapeutique suivante : 1° la saignée ; 2° les injections sous-cutanées de sérum artificiel stérilisé de Hayem ; 3° les enveloppements froids.

a) La saignée est rarement contre-indiquée, même chez les personnes âgées. On soustrait d'habi-

---

Son cœur est pitoyable et son âme est sincère ;
Tout son être a souffert des souffrances d'autrui ;
Il a fait pour chacun de même que pour lui,
S'est efforcé d'aider le faible sans défense,
D'adoucir la douleur, de protéger l'enfance,
Et pour tous, de son mieux, en pleine loyauté,
Donnant tout son savoir, sans trêve il a lutté !
Et voilà qu'apparaît, vibrante en sa mémoire,
De tant de maux humains la triste et longue histoire.
Ce paysan, couché sur son humble grabat,
Sent la fièvre qui croît, la force qui s'abat ;
Il a couru la nuit, au tocsin d'incendie,
A des voisins porter secours ; la maladie
Le guettait ; brusquement les poumons se sont pris
Et de son dévouement il acquitte le prix.
Son souffle est court ; l'air manque à sa large poitrine ;
Il halète, bientôt délire et s'achemine,
Tant l'aide fut tardive ! au sombre dénoûment.
Ils ont quatre petits ; silencieusement
La femme est là qui pleure : Après lui, comment faire
Pour labourer le champ et pour tirer d'affaire
Les enfants orphelins ? Elle pense à demain
Elle soutient le mourant qui lui cherche la main,
Pauvre femme, à pâtir simplement résignée !...
Soudain l'espoir renaît ; de la veine saignée
Un sang noir coule ; l'homme a faiblement souri...
Victoire ! après huit jours il se levait, guéri !

La bataille est plus dure alors que la défaite,
Quoi qu'on tente, est fatale et que la mort s'apprête.
Voyez cet enfant pâle et frêle en son berceau ;
L'horrible méningite a touché son cerveau !
Penchée à son chevet, la belle jeune femme
Pour la première fois sent passer sur son âme
Le vent d'adversité. Dans le luxe et l'amour
Elle avait doucement marché jusqu'à ce jour
Au gré de son caprice et de sa fantaisie ;
Et d'un coup, à ce cri perçant, toute saisie
D'angoisse, elle comprend que son fils va mourir !
« Ah ! tous, vite courez ! Venez le secourir ! ... »
Et toujours l'affreux cri sort de la lèvre blême,
Ce cri si douloureux que la mort elle-même
Est l'amie attendue et qui va délivrer ! .....
De ce toit, où le deuil imprévu vient d'entrer,
On part songeur. On cherche à deviner les causes.
De l'humaine misère et le pourquoi des choses.
D'une telle infortune où donc est la raison ?
Et sur cette famille ? et dans cette maison ?
De quelque obscur forfait y serait-on coupable !
Mais non ; l'homme est loyal, la femme est charitable
Et le long de la vie ils ont fait leur devoir,
En vain l'on s'inquiète et l'on voudrait savoir ;
Notre pensée hésite où l'infini commence ;
Nos regards sont trop courts pour l'univers immense
Et ce n'est que là bas, en l'immortel pays,
Que luira le grand jour à nos yeux éblouis !

tude 200 à 300 grammes de sang. Si c'est nécessaire, ne pas craindre de la renouveler deux à trois fois chez les sujets vigoureux profondément intoxiqués. L'émission sanguine constitue une véritable émission toxique ; elle tonifie la fibre cardiaque par action mécanique et élimination toxique ; elle diminue l'asthénie, provoque la diurèse.

b) Immédiatement après la saignée, injection de sérum égale à la quantité de sang soustraite. Dans la journée, renouveler deux ou trois fois ces injections à dose moindre, 100 à 150 grammes chaque fois. Ces injections opèrent le lavage simultané du sang et du milieu interstitiel, provoquent une stimulation énergique et continue, éveillent la diurèse.

c) Suivant la gravité des cas, on met en œuvre les enveloppements froids thoraciques ou le procédé du drap mouillé, pratiqués toutes les trois heures. Abaissement thermique, effets eupnéiques, polyurie, en sont les résultats heureux presque immédiats.

d) A la période aiguë cette triade thérapeutique doit être intégralement appliquée. A la période de résolution, surtout de résolution lente, dans les convalescences traînantes avec toxémie persistante, pratiquer seulement les injections de sérum. Celles-ci favorisent la résorption des exsudats, activent la phagocytose, préviennent les complications tardives telles que : abcès du poumon, gangrène, dilatation bronchique, polynévrites, appendicites.

e) A la phase de pneumonie et de broncho-pneumonie confirmées, en dehors des agents thérapeutiques indiqués simultanément à la triade, du fait des méiopragies antérieures (alcoolisme, cardiopathies, paludisme), les médicaments sont, en général, plus nuisibles qu'utiles.

Cet hiver, cette méthode a permis à M. Villard de guérir 125 malades sur 140 cas qu'il a eu à soigner.

CHIRURGIE

Les fractures et le massage

En présence de la persistance de l'hostilité de nombreux chirurgiens contre le massage employé pour le traitement des fractures, M. le Dr *Lucas Championnière* a indiqué au Congrès quelles sont les fractures qui bénéficient le plus de ce mode de traitement.

J'ai commencé par supprimer l'immobilisation dans le traitement de bon nombre de fractures (Société de Chirurgie, 1879 et 1880).

Puis j'ai appliqué la méthode, avec et sans massage, à toutes les variétés de fractures, en commençant par les fractures articulaires. Si le massage et la mobilisation sont appliqués dès le début, la *réparation* osseuse est plus rapide et plus solide.

La *douleur* disparaît très promptement et cette disparition est le criterium d'un bon massage et d'une bonne mobilisation. La persistance de la douleur indique que la méthode n'est pas appliquée.

La *contracture* disparaît rapidement, et cette disparition joue un rôle capital dans la disparition de certaines déformations (olécrane, clavicule, épaule, etc.). Aucun traitement n'a pu lutter contre la contracture comme celui-ci.

La *résorption* du sang et des liquides épanchés est bien plus rapide que pour les membres immobilisés.

La *vitalité* de la peau est conservée.

Les *réflexes nutritifs* assurent la conservation et la réparation des muscles et des nerfs sans atrophie.

La *souplesse* des membres est conservée et, le traitement terminé, le sujet n'a plus besoin d'un traitement secondaire comme après l'application.

Une des raisons qui peuvent encourager a supprimer les appareils, c'est la constatation faite que ceux-ci n'empêchent pas d'importantes déformations qui ne gênent pas pour la fonction. La radiographie est venue confirmer cette notion et montre qu'en dehors des déviations d'axe il existe des déformations plus marquées qu'on ne le croyait et compatibles avec une bonne fonction.

Sur les animaux, des faits confirmatifs de ceux de la pathologie humaine ont été observés.

Il ne faut pas confondre la méthode avec l'abandon pur et simple des appareils et le retour à la fonction. Ce traitement est plus difficile à appliquer que le traitement banal par les appareils inamovibles, mais il donne des résultats qu'on ne saurait comparer.

Certaines variétés de fractures peuvent *être toujours mobilisées et massées avec suppression de tout appareil* d'immobilisation proprement dit, par exemple :

Toutes les fractures de l'humérus à la partie supérieure et à la partie inférieure.

III

Mais le temps presse et fuit, et l'action dévore.
A peine l'un quitté, vers l'autre il faut encore
Se hâter, tant qu'on vient son recours demander,
Le médecin ne peut aux rêves s'attarder.
Un tout autre souci maintenant le réclame;
Il s'agit de hussard et de coquette dame.
Celle-ci, langoureuse et tendre, s'ennuyait ;
Son mari souvent hors du logis s'égayait
Et buveur, plus ardent aux chasses qu'auprès [d'elle,
Oubliait dans ces soirs de consoler la belle,
Si bien qu'un jour Vénus couronna le hussard.....
Par quel méchant guignon, hélas ! par quel hasard
Fallut-il qu'Esculape, au sourire tranquille
Et discret, fût prié d'entrer dans cette idylle ?
Ah ! qu'il sache empêcher, au jour de l'an nouveau
De l'épouse à l'époux quelque cuisant cadeau !
Et que sa main étende en un savant mystère
Sur son cœur ulcéré le baume salutaire ! ...

C'est ainsi devant lui qu'en toute égalité
Défile en gémissant la pauvre humanité,
Et pour tous, riche ou gueux, la duchesse ou la fille,
Il faut qu'avec le corps l'âme se déshabille,
Quel cortège uniforme en sa variété,
Où l'égoïsme passe avec la vanité !
Celui-ci, gras et frais, d'un mal imaginaire
Se pare, et malgré tout, se disant poitrinaire,
Ne voit pas le dégoût qu'il sème autour de lui
Et promène en cent lieux son incurable ennui.
Celle-là, mollement plaintive et névropathe,
A besoin chaque jour d'un nouvel hippocrate ;
Peureuse, redoutant la mort à tout moment,
Elle épuise des siens le naïf dévoûment
Et n'aime rien, sinon sa petite personne.
Mais l'être incomparable, auquel il faut qu'on [donne
La palme, le grand prix, c'est cet enfant gâté ;
Gâté, c'est fort bien dit. Ce chef-d'œuvre vanté
D'une mère idolâtre à la fois et frivole,
Ne peut ni faire un pas, ni dire une parole
Sans qu'on se pâme ; il est, s'il a le moindre mal,
Plus criard, plus couard qu'un méchant animal
Et fléau des humains, c'est quasiment la peste.

Mais il faut se borner et laisser là le reste
Des fâcheux dont on parle en en riant tout bas.
Au passage notons quelques traits des ingrats.
Sans doute c'est banal et vieux, l'ingratitude ;
Cela s'épanouit sous toute latitude !
Mais lorsque le bienfait mûrit ce fruit malsain
Et vulgaire, entre tous c'est pour le médecin.
Ah ! quel dédain profond, quelle rancœur amère
Lui montent, quand il songe à cette jeune mère
Qu'une nuit, par la neige, il partit secourir !
Elle et l'enfant à naître ensemble allaient périr ;
Du sang-froid, la main sûre, une âme généreuse,
De longs efforts très durs et, réussite heureuse,

A la partie supérieure jusqu'à l'insertion du deltoïde.

A la partie inférieure, à quatre travers de doigts de l'article.

Coude. Toutes les tractures et surtout les fractures de l'olecrane (je n'ai pas eu l'occasion de suturer une seule fracture de l'olécrane).

Toutes les fractures du radius au poignet qui ne comportent pas un transport considérable de la main en arrière.

Toutes les fractures de la clavicule à peu près.

Toutes les fractures du péroné à la partie inférieure sans menace de déviation de l'axe du pied.

Toutes les fractures bimalléollaires sans tendance à la déviation latérale ou postérieure.

Au genou, les fractures du fémur sans déplacement et les fractures du plateau du tibia.

Toutes les fractures de l'omoplate.

Certaines fractures peuvent être encore traitées sans appareils, mais *exceptionnellement.*

Fractures de l'humérus à la partie moyenne sans déplacement, fractures des deux os de la jambe sans déplacement, certaines fractures des deux os de l'avant-bras.

En dehors de ces cas, on peut encore, en combinant des appareils et le massage et la mobilisation immédiate, obtenir des résultats. Mais ils sont moins frappants et moins complets que les cas précédents qui comportent la suppression des appareils proprement dits, remplacés par des moyens de protection sans contention vraie.

Dans un certains nombre de cas, la *mobilisation* peut être faite *sans massage.* C'est la pratique qu'il faut suivre chez les jeunes enfants qui auraient tendance à faire du cal exubérant, et chez certains vieillards dont les veines sont douteuses.

Chez les enfants, la mobilisation simple pour le poignet, pour l'épaule, pour le coude, donnera les résultats les plus satisfaisants.

Chez le vieillard, j'ai laissé la fracture du col du fémur à la mobilisation et j'ai appliqué le massage à toutes les autres fractures.

Dans les cinq années qui viennent de s'écouler, le Dr Dagron, mon assistant pour le traitement des fractures et le massage à l'Hôtel-Dieu, a traité un nombre considérable de traumatismes. Voici l'indication des fractures traitées régulièrement :

Péroné, 25 cas, massage presque exclusivement sans appareil d'immobilisation.

Jambe, 90 cas, ainsi répartis :

Epiphyse supérieure, 10 cas (sans appareil).

Région moyenne 38, sauf 2 cas, combinaison d'appareils et de massage.

Bimalléollaires pour la plupart sans appareil avec mobilisation et massage.

Fémur, 6 cas (massage complémentaire).

Omoplate, 3 cas (massage exclusif).

Humérus, 60 cas.

Clavicule, 64 cas (massage exclusif, sans appareil).

40 extrémité supérieure (sans appareil, massage exclusif).

8 extrémité inférieure (massage exclusif, sans appareil).

12 région moyenne combinaison d'appareil et de massage, sauf trois cas traités par le massage sans appareil.)

Olécrane, 20 cas (massage exclusif avec mobilisation sans appareil).

Avant-bras et cubitus, 22 cas (combinaisons diverses d'appareils et de mobilisation).

Radius 124 cas, traités à peu près exclusivement par le massage et la mobilisation sans appareil.

Os de la main et du pied, 7 cas, traitement par le massage et la mobilisation sans appareil.

Tumeurs du Pancréas.

D'après M. le Dr F. *Villard*, de Bordeaux, le diagnostic des tumeurs du pancréas point difficile au début, se simplifie à mesure que le néoplasme augmente de volume. Une zone de matité encadrée en haut par la sonorité stomacale et en bas par la sonorité colique, voilà le grand signe physique de l'existence d'une tumeur du pancréas ; l'insufflation de l'estomac augmente la zone de sonorité supérieure et diminue la zone de matité propre à la tumeur.

Dans des cas rares, la tumeur passant entre le foie et l'estomac n'est plus recouverte par la zone de sonorité supérieure.

D'autres signes viennent confirmer le diagnostic : diarrhée, vomissements graisseux, glycosurie, etc.

Un point qui mérite d'être mis en relief, c'est la tendance que l'on a eue jusqu'à présent à ne pas trop songer aux lésions du pancréas. C'est ainsi qu'un

---

Lasse en son lit tout blanc, le front rasséréné,
La mère souriait à l'enfant nouveau-né !...
Puis, quand vint le moment de son maigre hono-
[raire,
Le sauveur méconnu... Mais il vaut mieux se taire,
Oublier que ces gens qui devaient être amis,
Certes ! avant trois mois étaient des ennemis.

IV

Si l'on trouve en chemin de telles vilenies,
Il est de braves cœurs et des heures bénies ;
Et leur cher souvenir, comme un parfum discret,
Se conserve aux feuillets de ce livre secret
Dont chaque jour en nous il se tourne une page.
« Ah ! lorsque vous mourrez, ce sera grand dom-
[mage ;
Car vous êtes très bon et savez bien guérir. »
A ces mots, dits hier, voyez-vous pas fleurir
Le lis exquis et pur de la reconnaissance ?
Sentez-vous pas qu'ils sont la pleine récompense,
En son labeur obscur, pour cet homme de bien ?
Au-dessus du devoir il ne mit jamais rien ;
Il a vécu sa vie à travers les souffrances,
Les alarmes, les pleurs et les désespérances
De toute une contrée. Ignorant les loisirs,
Il ne connaît pas mieux les plus simples plaisirs ;
Ni dimanche, ni fête ! Et les Pâques fleuries
Ne sonnent pas pour lui les longues flâneries.
Ainsi que sa cervelle, il faut que son jarret
Sans répit, pour marcher à la douleur soit prêt.

Les méchants, il en est ! viendront lui chercher
Il devra soutenir la guerre discourtoise, [noise ;
Le mensonge, la haine, effroyable levain
Qui fermente et bouillonne au fond du cœur hu-
[main !
Mais lui tient d'un pas sûr le milieu de la route ;
Il marche droit ; et lorsqu'il a vu la déroute
D'honneur où se termine, hélas ! la soif d'argent,
Ferme au principe, il reste aux hommes indulgent.

Jeune il avait choisi sa rude destinée
Et depuis quarante ans, en sa lutte obstinée
Contre le mal, donnant ses forces, son repos,
Le jour, la nuit, à tout venant, à tout propos,
Il vieillit, s'affaiblit et toujours se dévoue,
Jusqu'à ce que la mort enfin vienne et dénoue
Le lien par lequel l'enchaîne le devoir.
Alors en l'enterrant, peut-être, on pourra voir
Quelque paysan dire au passant qui le nomme :
Ah! oui, ce médecin ! C'était un bien brave homme !

Ouvrant ainsi pour tous et son âme et sa main
Il répand les bienfaits le long de son chemin.
De son œuvre, il le sait, de lui rien ne subsiste ;
Q u'importe ? Il vit quand même en noble et pur
[artiste.

---

chirurgien, après avoir pratiqué une laparotomie pour contusion de la partie supérieure de l'abdomen, a pu laisser passer inaperçue une section transversale et totale de la glande pancréatique. De même, dans un cas d'occlusion intestinale, un autre opérateur n'a pas reconnu la cause de l'occlusion, qui n'était autre qu'un cancer du pancréas.

Le traitement des tumeurs de cet organe varie suivant que l'on a affaire à une tumeur liquide ou solide.

Pour les kystes, l'idéal serait l'extirpation ; mais elle n'est pas toujours praticable et l'on est forcé d'avoir recours à la marsupialisation qui a donné de bons résultats. C'est cette méthode que j'ai mise en pratique il y a un an et avec succès, chez un malade dont le kyste, fort volumineux, adhérait largement à sa partie profonde

Le traitement chirurgical des tumeurs solides peut être radical ou symptomatique.

L'on a déjà pratiqué l'extirpation d'un certain nombre de tumeurs solides du pancréas, et de ces interventions et des faits expérimentaux on peut tirer les conclusions suivantes : 1° des traumatismes sérieux du pancréas arrivent à guérir facilement ; 2° l'extirpation de la queue et d'une partie du corps n'est pas une intervention très sérieuse ; on peut extirper la tumeur de la tête, à la condition qu'elle soit très limitée.

Lorsqu'une intervention radicale n'est pas possible, on a la ressource d'obvier aux inconvénients de rétention biliaire et occlusion intestinale par des opérations palliatives telles que : la gastro-entérostomie, la cholécystostomie et la cholédochostomie, la cholécystentérostomie et la cholédochoentérostomie ; la cholécystentérostomie est l'opération de choix dans les cas de rétention biliaire.

On a traité la fistule pancréatico-intestinale pour amener dans l'intestin le suc pancréatique retenu dans le canal de Wirsung comprimé et dilaté.

HYGIÈNE

L'abstinence alcoolique des nourrices et la puériculture

Par M. le docteur Paul FAREZ.

Chacun sait que, si une nourrice abuse des boissons spiritueuses ou fermentées, son nourrisson présente, par contre coup, des symptômes en rapport avec l'alcoolisme, tels que : troubles digestifs, vomissements, diarrhée, accès convulsifs, agitations, insomnie, dépérissement, etc.

Or, suffit-il de combattre chez les nourrices l'*abus* des boissons alcooliques ? En tolérer même l'*usage*, n'est-ce pas permettre que les nourrissons absorbent leur ration quotidienne d'alcool et, par conséquent, soient soumis à l'intoxication éthylique, déjà dès les premiers jours de leur existence, alors que leur système nerveux présente une impressionnabilité toute spéciale ?

L'alcool ingéré par l'estomac passe dans le lait pour une proportion très appréciable. Cette proportion vient, précisément, d'être déterminée d'une manière rigoureuse, grâce à de patientes recherches de laboratoire, communiquées tout récemment à la Société de Biologie. Le dosage comparatif de l'alcool dans le sang et dans le lait a permis à M. Nicloux de formuler un certain nombre de conclusions, entre autres la suivante : « Les teneurs en alcool du sang de la mère et de son lait sont presque identiques. »

Or, à l'appui de ces dosages et des preuves anatomo-pathologiques que M. Nicloux espère apporter avant peu, la clinique permet de mettre nettement en évidence l'influence fâcheuse qu'exerce sur le nourrisson l'alcool absorbé par la nourrice, même en quantité modérée. Témoins les deux faits suivants dont l'un est tiré de ma pratique personnelle et dont l'autre m'est très obligeamment communiqué par Mme Henry, sage-femme en chef honoraire de la Maternité.

*
* *

Mme A..., âgée de 28 ans, secondipare, habitant à Paris, accouche à terme, en décembre dernier, d'une fille qui pèse 3.800 grammes. Pour nourrir cette dernière, on fait venir des environs de Cholet une nourrice, très bien portante, âgée de 32 ans et accouchée depuis 3 mois. Or, chaque soir, la jeune enfant de Mme A... refuse de s'endormir : de neuf heures à minuit, minuit et demi, une heure du matin, elle crie, pleure, s'agite, s'énerve ; la nourrice en souffre, elle s'en plaint amèrement et fulmine contre cette enfant qu'elle proclame foncièrement méchante.

Cette nourrice mange à la cuisine avec les autres domestiques ; elle a du vin, pour ainsi dire, à discrétion, surtout au dîner qui est son repas le plus copieux. En vain on insinue devant elle que, parfois, l'alcool ingéré par la nourrice énerve les bébés et les rend grincheux : elle fait la sourde oreille ; volontiers même elle reprocherait à ses maîtres de se montrer avares envers elle et de lui « refuser *son nécessaire* ».

Pendant environ trois semaines, la petite fille passe régulièrement chaque soir quelques mauvaises heures, empêchant toute la maisonnée de dormir. Alors, sur les conseils de Mme Henry, on se décide à dire à la nounou : « Voici votre provision de vin pour la semaine ; ce que vous n'aurez pas bu, on vous le remboursera en argent. »

La première semaine, la nounou ne prend que la moitié de sa provision ; la deuxième semaine, elle n'absorbe qu'une seule bouteille de vin ; à partir de la troisième semaine et, d'une manière définitive, elle ne boit plus que de l'eau, préférant en somme augmenter ainsi quelque peu ses gages.

Alors l'enfant devient tout à fait calme ; elle passe des journées entières sans qu'on l'entende pleurer ; elle s'endort le soir régulièrement vers neuf heures, pour ne s'éveiller qu'au bout de cinq, six et même sept heures. Le changement est à ce point manifeste que la nourrice elle-même est tout à fait convertie. Elle se félicite de son abstinence : ce n'est plus seulement l'appât du gain qui lui fait préférer l'eau au vin, mais aussi le souci de se reposer la nuit et le désir très vif de conserver son poupon sage, gentil et calme.

L'enfant a maintenant six mois ; elle se porte à merveille et est très facile à élever.

Voici un autre fait. Mme P...., âgée de 35 ans sixtipare, habitant aussi à Paris, accouche à terme, en janvier dernier, d'une fille qui pèse 4.825 grammes et qu'elle nourrit elle-même. Dans le courant de la journée, cette enfant se montre relativement facile ; mais, chaque soir, après le dîner, elle se met à pleurer, à se démener et à crier pendant plusieurs heures consécutives ; elle ne finit par s'endormir que fort avant dans la nuit.

Cette mère-nourrice boit du vin seulement au repas du soir et en quantité modérée ; au déjeu-

ner, elle ne prend comme boisson que du thé léger. Fatiguée et agacée par ce qui se passe tous les soirs, elle me demande conseil. Tout de suite, je pense que l'alcool pourrait bien être incriminé dans la circonstance ; pour m'en assurer, je recommande à la mère de prendre son thé au repas du soir et son vin à celui de midi.

Or, ce sont les après-midi que deviennent mauvaises et c'est après le déjeuner que se déroule la scène pénible qui, jusqu'alors, se passait le soir.

Alors, je proscris l'usage même du vin et je recommande le thé très léger comme boisson à tous les repas. On suit mes conseils et, à partir de ce moment, l'enfant ne pleure, pour ainsi dire, plus ; le matin, l'après midi, le soir elle se montre tranquille et paisible ; elle n'est plus énervée et passe de très bonnes nuits. Elle est maintenant âgée de cinq mois et jouit d'une ssnté excellente,

Tout à l'heure, les troubles nerveux ont coïncidé avec l'absorption du vin et, en outre, ils ont disparu avec la suppression du vin. Dans le cas présent il en a été de même ; mais, bien plus, quand on a fait varier l'heure de l'absorption vinique, l'apparition des troubles nerveux a subi une variation concomitante. Il existe donc un véritable rapport de cause à effet entre l'ingestion des boissons, même seulement fermentées, et les phénomènes nerveux signalés plus haut.

*
* *

Comme contre-partie de ce qui précède, il est intéressant de noter les deux autres faits qui suivent :

1° Mme R..., primipare, âgée de 22 ans, récemment accouchée, fait venir de la Vendée une nourrice qui, dans son pays, ne buvait que de l'eau. Une fois installée chez Mme R..., notre Vendéenne continue à pratiquer l'abstinence alcoolique totale : le nourrisson s'élève d'une manière extrêmement facile ; il augmente régulièrement de poids, ne pleure pas et a des nuits excellentes.

2° Une autre femme, Mme M..., primipare, âgée de 20 ans, nourrit elle-même son enfant. Fille de parents qui pratiquent l'abstinence totale, Mme M... n'a jamais bu aucune boisson, même fermentée. Mais elle a auprès d'elle, comme garde, une religieuse qui, imbue de préjugés surannés, s'acharne à vouloir lui faire boire du vin. — « A nourrir son enfant, on se fatigue, on s'épuise ; ne faut-il pas se soutenir et réparer ses forces ? Or, dans ce cas, le vin est tout indiqué ! »

N'ayant aucune confiance dans le pouvoir nutritif de l'alcool, Mme Henry conseille à cette jeune mère de résister aux sollicitations de la garde et de persister dans son abstinence totale. Le nourrisson croît et se développe dans les mêmes conditions excellentes que les précédents ; il est très calme, ne pleure pas et dort très bien la nuit.

Dans ces deux cas, l'alcool n'a pu exercer sa fâcheuse influence et l'on n'a eu à déplorer aucun des phénomènes rapportés plus haut.

Un dernier fait est non moins instructif.

Il y a deux mois, je vois une jeune femme, enceinte pour la première fois, et sur le point d'accoucher. Ayant appris qu'elle a l'habitude de boire du vin à chaque repas, je lui expose par le menu les faits qu'on vient de lire et les enseignements qui en découlent ; puis, je lui recommande de ne plus boire que de l'eau dès qu'elle allaitera son enfant. Elle suit mon conseil et, bien entendu, n'en souffre en aucune façon ; de plus, son bébé n'a ni insomnie, ni énervement, et on ne l'entend pas pleurer. L'expérience confirme donc, non seulement l'innocuité, mais encore les bons effets de l'interdiction alcoolique.

*
* *

On sait que, sous la vaillante impulsion du professeur Pinard, de nombreuses bonnes volontés concourent à réaliser la puériculture sous toutes ses formes. Or, n'est-ce pas faire œuvre très active de puériculture que de préconiser l'abstinence alcoolique totale des nourrices ?

Pour quelques nourrissons qui ont paru offrir une certaine résistance, combien, au contraire, manifestent à l'égard du poison éthylique une susceptibilité toute particulière ! De nos jours, le nervosisme, la névropathie, le détraquement se développent avec une rapidité, on peut le dire, alarmante. Beaucoup d'enfants sont violents, emportés, irritables à l'excès, exagérément impressionnables et émotifs, — ou bien présentent de l'instabilité mentale, des mouvements impulsifs, des habitudes automatiques, des perversions du caractère, etc. Oserait-on affirmer que, chez certains d'entre eux, l'alcoolisme infantile, même à très faible dose, n'a pas pu, non seulement entretenir, mais encore stimuler, accentuer, aggraver les fâcheuses prédispositions héréditaires ou jouer le rôle d'agent provocateur ? En tout cas, quand il s'agit d'un nourrisson sur lequel pèse le fardeau des tares familiales ou que seulement guette le nervosisme, on accordera bien qu'il y a indication formelle de le préserver des atteintes alcooliques quelles qu'elles soient et, par conséquent, de prescrire à sa nourrice l'abstinence totale.

Il n'est pas impossible que nous ayons là un moyen très efficace de préservation et de régénération à la fois individuelle et sociale.

(*Tribune médicale.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Hommage à MM. Cézilly et Gassot.

Nos confrères ayant souhaité que partie du produit de la souscription fût consacrée à une œuvre de bienfaisance médicale, la souscription reste ouverte jusqu'à notre assemblée générale de novembre. Chaque fin de mois, nous publierons la liste des nouveaux souscripteurs. On tiendra à honneur d'y figurer.

Dr Maurat, Dr Jeanne.

Le rapport Thiéry sur l'abus des consultations et hospitalisations gratuites.

Nous n'avons donné, au dernier numéro, que le compte rendu de la discussion de cet important travail. Mais, pour ceux qui n'ont pu prendre lecture du rapport lui-même, nous croyons utile d'en présenter une analyse succincte.

M. le Dr Thiéry, après avoir défini l'indigent, admet qu'à côté de lui l'ouvrier, le petit em-

ployé même peuvent réclamer légitimement le bénéfice de l'hospitalisation, puisque la maladie les prive des ressources que seul peut leur assurer le travail, mais il montre que l'ouvrier blessé au service du patron, le domestique soigné au compte du maître, sont dans une situation tout à fait différente.

Encore ne sont-ce pas seulement ces catégories de malades qui abusent de l'hopital : on y voit le rastaquoère, le rentier, l'artiste, le négociant, etc., les exemples cités sont tout à fait édifiants et non moins *immoraux, puisqu'ils spolient le bien des pauvres souvent versé par des donateurs qui lui assignent dans leur volonté une tout autre destination.*

Et la cause de cet état de choses ? — La facilité avec laquelle certains chefs de service ouvrent leurs salles d'hôpital, la facilité avec laquelle le médecin traitant accorde une lettre d'introduction, la répugnance de tel pour l'opération de petite chirurgie. Ne pourrait-on ajouter aussi les prix parfois excessifs demandés pour certaines opérations ?

Dans un autre ordre d'idées, il faut incriminer l'existence de maisons de santé municipales dont la *Maison Dubois* peut être prise pour type, et dans lesquelles, tous, quelle que soit leur situation de fortune, peuvent, pour une rétribution infime, trouver les conditions de séjour les plus parfaites avec un personnel nombreux et les soins de praticiens éclairés.

L'enquête, faite dans les principales villes, montre que la situation reste partout sensiblement la même : *en principe*, les indigents seuls ont droit... mais *dans la pratique* tous ou à peu près sont admis. Si un prix de séjour, plus ou moins élevé selon les cas, est réclamé, il reste entendu que le médecin et le chirurgien ne seront dans aucun cas rétribués et même pâtiront dans leur clientèle de ce drainage des malades non indigents vers l'hôpital.

Lyon seul paraît faire exception et cherche, d'une part, à écarter les malades en situation d'honorer leur médecin et, d'autre part, à supprimer les chambres payantes pour favoriser le développement des maisons de santé privées.

Le versement exigé, lorsqu'il existe, est d'ailleurs absolument condamnable, d'abord parce qu'il ne représente jamais la totalité des frais ; ensuite parce qu'il enlève aux malades leurs derniers scrupules de déchoir en se présentant à l'hôpital, enfin parce que l'hôpital ne saurait être une maison de commerce appelée à faire des gains sur les malades qu'il reçoit.

Le Dr Dorison avait proposé la suppression des consultations dans les hôpitaux et leur remplacement par les consultations des Bureaux de Bienfaisance. Il se fondait sur ce que la consultation d'hôpital :

1° *Ne permet pas de faire parmi les personnes qui s'y présentent le triage des indigents qui seuls ont droit aux soins médicaux et pharmaceutiques gratuits ;*

2° *Elles ne se justifie plus comme autrefois, par la présence des chefs de service eux-mêmes (création d'assistants et de suppléants) ;*

3° *Elle fait, depuis la création des dispensaires, double emploi avec la consultation des Bureaux de bienfaisance sans avoir les avantages de ces derniers qui donnent gratuitement les médicaments. Ce qui revient à dire que la consultation d'hôpital n'est utile qu'aux gens pouvant acheter leurs médicaments, soit, en fait, à toutes autres personnes que celles pour qui cette consultation a été créée.*

Le rapporteur ne partage pas l'opinion du Dr Dorison.

1° Parce que, dit-il, nous croyons avoir démontré dans ce Rapport que le triage des indigents est aussi facile dans les consultations que dans les dispensaires : il dépend uniquement du bon vouloir de l'Assistance publique, qui n'a, pour chaque circonscription hospitalière, qu'à imiter le bon exemple de quelques villes de province ;

2° Parce que, loin d'être désorganisé par l'absence des chefs de service, le service des consultations gratuites est actuellement assuré par des chefs de consultations, tous médecins ou chirurgiens des hôpitaux, et que, leur retirer ce service qui leur permet d'attendre sans inaction leur placement définitif pendant 7 on 8 ans, équivaudrait à la suppression du recrutement du corps des hôpitaux par concours, celui-ci devenant dès lors subordonné, comme nombre de places, et comme époque, aux vacances causées par la retraite ou le décès des chefs de service titulaires.

3° D'ailleurs, de nombreuses opérations pratiquées dans les services de consultation de chirurgie, et compatibles, quoi qu'on en dise, avec la sécurité des malades, allègent beaucoup les charges de l'hospitalisation.

4° Les services de consultation ne font pas double emploi avec ceux des dispensaires, puisque, comme nous l'avons montré ailleurs, nous sommes obligés d'admettre, à côté des indigents proprement dits, la classe des nécessiteux, adressés à la consultation de l'hôpital par les médecins eux-mêmes, qui renoncent à certaines interventions de chirurgie peu graves ou qu'ils ne se croient pas en mesure de pratiquer.

5° Enfin, nous ne devons pas oublier que bon nombre de consultations dites spéciales (gynécologie, venéréologie, ophtalmologie, dermatologie, pédiatrie, voies urinaires, etc.) sont, comme autrefois, dirigées par les chefs de service eux-mêmes et, suivant le mot de M. Dorison lui-même, se justifient par la présence du chef de service.

En résumé, les consultations des hôpitaux comme les Bureaux de bienfaisance peuvent disposer :

1° D'un infirmier chargé d'inscrire l'état civil et la situation des malades qui se présentent à la consultation externe ;

2° De moyens de contrôle que nous proposons d'autre part et d'enquêteurs, chargés de vérifier l'exactitude des déclarations ;

3° Elles sont bien faites et bien dirigées par un médecin ou chirurgien des hôpitaux, chargés *exclusivement* de ce service.

Nous ne voyons donc aucune nécessité d'en demander la suppression, mais il y a lieu d'obtenir quelques modifications au règlement qui les régit, destinées à supprimer les abus qui peuvent s'y produire.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique a cherché à réagir contre les inconvénients d'une hospitalisation trop large en ce qui concerne les Parisiens et surtout les provinciaux.

Il a pris la délibération suivante qui, dès qu'elle sera appliquée, pourra donner les meilleurs résultats :

Les malades aisés ne doivent pas être admis dans les hôpitaux.— *Toutefois, les hôpitaux pourraient recevoir dans des locaux spéciaux et moyennant un prix suffisamment rémunérateur pour que le bien des pauvres ne puisse être compromis :*

1° *Des malades atteints de maladies contagieuses, des malades étrangers à la commune, mais placés dans des conditions telles qu'ils ne peuvent être soignés utilement à domicile pour eux-mêmes, et sans danger pour autrui.*

1° *Des malades étrangers de passage atteints de maladies soit médicales, soit chirurgicales, lorsqu'il n'existe pas dans la commune de maisons de santé* (ce qui par suite ne saurait être appliqué à Paris où les maisons de Santé de tous ordres abondent).

Enfin le Conseil supérieur de l'Assistance publique reconnaissait aux médecins soignant dans les hôpitaux de semblables malades, le droit d'en réclamer des honoraires.

A côté de ce fait, une récente circulaire du Directeur général de l'Assistance publique adressée aux chefs de service, insiste sur l'obligation pour eux de ne pas recevoir les malades non indigents ou étrangers au département de la Seine, sans lui avoir d'abord adressé une demande, qu'il déclare d'ailleurs ne pouvoir satisfaire qu'*à titre tout à fait exceptionnel*. Il est probable que cette circulaire n'a pas été accueillie par tous avec la même satisfaction.

En ce qui concerne les provinciaux, il ne saurait y avoir de doute : il n'est que trop juste que chaque département doive faire face aux besoins de l'Assistance gratuite.

En ce qui concerne les habitants du département de la Seine, il est bien juste aussi que ceux-là soient seuls admis qui n'ont d'autres ressources que l'hôpital.

Une seule objection pourrait être adressée à cette circulaire, c'est celle de l'intérêt de l'enseignement. Mais combien rares sont les cas où il exige l'hospitalisation d'un malade ! Les hôpitaux parisiens sont assez riches au point de vue pathologique, pour n'avoir pas à emprunter à la province, et c'est avec la plus extrême modération, et sans chercher à déguiser sous ce prétexte une question de convenance personnelle, que le médecin ou le chirurgien doit user de la latitude qui lui est laissée à cet égard.

Si donc l'Assistance publique est susceptible de certains éloges par le bon vouloir qu'elle a montré, au moins sur le papier, en ce qui concerne l'hospitalisation des malades non indigents, il ne saurait en être de même en ce qui concerne son initiative à propos des consultations gratuites.

Et cela est d'autant plus regrettable que, si l'on peut comprendre qu'un malade de situation moyenne cherche à s'épargner les frais parfois assez élevés d'une opération, on ne peut admettre qu'il en soit de même pour une simple consultation. En fait, l'hospitalisation réservée aux cas les plus graves, surtout depuis la réorganisation des consultations, lèse les intérêts d'un petit nombre de médecins et chirurgiens, de ceux surtout qui sont déjà arrivés. — Tandis que la consultation, en drainant vers l'hôpital une quantité considérable de cas cliniques banals et vulgaires, fait le plus grand tort à la masse du corps médical, dont la consultation est le plus grand appoint.

L'apposition d'affiches portant que *la consultation est réservée exclusivement aux malades indigents et nécessiteux* peut être utile, mais elle n'est pas suffisante, car le médecin d'hôpital sera toujours mal venu de refuser ses conseils et ses soins à ceux qui les sollicitent pour une question de situation pécuniaire.

Les mesures qui actuellement ont été prises n'ont donné aucun résultat appréciable ; la question reste donc entière ; — aussi le rapporteur est-il fondé à déposer ses conclusions que nous avons reproduites intégralement au dernier numéro.

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Syndicat médical de la Sarthe

Médecin, Pharmacien et Malade

Par le Dr SALOMON.

Nous reproduisons en entier le travail que le Dr Salomon, le dévoué secrétaire du Syndicat Médical de la Sarthe, a publié à propos de la loi sur l'Exercice de la Pharmacie en France. Nos confrères feront bien d'entretenir les députés et sénateurs au cours des vacances, le projet devant venir en discussion sérieuse à la rentrée.

La Chambre des députés va discuter de nouveau, le projet de loi sur la pharmacie. La lecture de ce document révèle les préoccupations de ceux qui l'ont rédigé. Les uns se sont inquiétés de l'intérêt du médecin, d'autres de l'intérêt du pharmacien ; les plus conciliants, faisant des concessions aux deux parties, ont essayé de ménager tous les intérêts ; personne ne s'est inquiété du malade, le plus intéressé, ce me semble, dans la question. Pourtant c'était non seulement logique, mais d'autant plus facile, qu'il se trouve que l'intérêt du malade vient toujours se confondre avec celui du médecin et du pharmacien.

Je suis arrivé à cette conclusion, en méditant les paroles très sages et très dignes, prononcées par un confrère au cours d'une discussion au Syndicat des médecins de la Sarthe, sur la loi qui doit régir l'exercice de la pharmacie : « Nous ne devons ici nous inquiéter, disait-il, ni de l'intérêt du médecin, ni de l'intérêt du pharmacien. Nous devons nous placer à un point de vue plus élevé : l'intérêt du malade. » Et alors les arguments venaient en foule, demontrant que le confrère avait vu juste et bien ; de sorte que les réflexions que je vais soumettre aux médecins, aux pharmaciens et à leurs clients, ne sont qu'un des reflets de notre discussion.

Dans le projet de loi plein de bonnes intentions pour Messieurs les pharmaciens, deux points ont soulevé les protestations du corps médical :

1° La liberté de vente accordée aux pharmaciens ;

2° Les entraves apportées à l'exercice de la pharmacie par le médecin-pharmacien.

D'après le nouveau texte, le pharmacien pourrait vendre, sans ordonnance, tous les médicaments simples ou composés, à l'exception de quelques-uns dont une liste serait dressée, liste bien inutile, comprenant sans doute quelques substances tellement toxiques, que le pharma-

cien ne saurait les délivrer sans une ordonnance couvrant sa responsabilité.

Cette tolérance accordée aux pharmaciens, peut-être pour satisfaire le public, qui veut avoir le droit de se soigner lui-même, et, pour de légères indispositions, désire se soustraire à l'obligation onéreuse de l'ordonnance, semble au premier abord une mesure très libérale et très profitable aux intéressés ; en réalité, elle est non seulement fort préjudiciable aux médecins, mais surtout aux malades.

Sous l'ancienne loi, le pharmacien donnait bien des consultations, mais, s'il ne pouvait résister au désir de soulager l'humanité, son zèle était tempéré par la crainte salutaire des tribunaux. Aujourd'hui, libre de placer ses produits, il consultera sans aucune retenue, fera presque toute la médecine de cabinet.

Certes, le préjudice causé aux médecins sera grand, mais là n'est pas la conséquence la plus grave de cette tolérance, qui sera surtout funeste à la santé publique.

Les lois doivent nous protéger de nos propres erreurs, et celle-ci ne sera pour le pharmacien qu'une excitation à l'homicide par imprudence, et pour le malade, presque un droit au suicide.

En effet, en médecine, toutes les fois qu'on administre un médicament, c'est qu'on le croit efficace. Or, il n'y a que le médecin qui ait qualité pour savoir quelles sont ses indications. Le pharmacien n'a pas fait d'études spéciales lui permettant d'avoir les mêmes connaissances ; il doit lui être interdit de délivrer un médicament pour une maladie, qu'il n'est pas tenu de connaître, ni de savoir soigner.

D'un autre côté, tous les médicaments, les plus inoffensifs en apparence, peuvent occasionner la mort, lorsqu'ils sont maniés imprudemment. 10 grammes d'huile de ricin, administrés mal à propos, peuvent déterminer une perforation intestinale.

J'ai vu tuer en quelques jours un brightique très amélioré. Las de boire du lait que je lui prescrivais comme unique aliment, il consulte le pharmacien, se plaint d'être faible et d'être encore enflé. Celui-ci n'hésite pas. C'est, dit-il, l'usage du lait qui vous affaiblit et fait tourner votre sang en eau. Cessez le lait. Buvez du vin. Mangez de la viande. Mettez-vous les mouches aux jambes et vous serez bientôt guéri. Il le fut en effet ; rappelé huit jours après, j'arrivai pour assister à son agonie.

Si les médicaments, les plus inoffensifs en apparence, nous ménagent de ces surprises, que faut-il attendre de l'administration intempestive des médicaments dangereux ! Et pourtant les pharmaciens ne se privent pas de les délivrer. Tout le monde sait avec quelle prudence il faut administrer la digitale. Lorsqu'elle ne fait pas de bien, elle fait du mal, ses indications sont précises, et certains cardiaques seulement, retirent un avantage de son usage bien réglé. Allez chez le pharmacien, plaignez-vous du cœur, cela lui suffira pour vous vendre une spécialité à base de digitaline. Le contraire m'étonnerait. L'émétique, quel pharmacien refuse de l'émétique ? Quel est celui qui s'inquiète de l'âge du client, de l'état de son cœur et de ses artères ?

Une vieille femme de Saint-C..., aux artères dures et sineuses, ayant fait déjà sa petite hémiplégie, améliorée, mais traînant toujours la jambe, vint un jour me demander de l'émétique pour débarrasser, disait-elle, son estomac. Craignant de la débarrasser en même temps de la vie, je refusai énergiquement. Elle partit furieuse, me menaçant d'aller chez le pharmacien, ce qu'elle fit, prit l'émétique, eut une nouvelle attaque et en mourut.

Il serait trop long d'énumérer tous les méfaits thérapeutiques des pharmaciens. Le vésicatoire sur le cou d'un enfant, atteint de diphtérie, ou sur des reins malades. L'administration de sirop de morphine aux enfants naissants, et aux vieillards ; des sangsues sur un érysipèle, de d'antipyrine aux femmes qui allaitent, de l'iodure de fer aux phtisiques à hémoptysies, des frictions énergiques, avec un baume souverain, sur des membres œdématiés par la phlébite, des applications d'essence de térébenthine sur des abcès, etc., etc.

Tous nous avons pu constater les résultats dé-désastreux de cette thérapeutique, contraire au bons sens médical, sans que nos protestations aient pu les arrêter.

Donc, sans parler de l'intérêt du médecin, qui verra par ces pratiques diminuer ses honoraires, et perdra le bénéfice des guérisons faciles de la consultation, si, nous plaçant à un point de vue plus élevé, nous ne considérons que l'intérêt du malade, nous sommes forcés de conclure que les pharmaciens doivent se renfermer strictement dans les limites étroites de leur profession, ne servir que d'*auxiliaires aux médecins*, en exécutant fidèlement leurs ordonnances. C'est ainsi que les anciens pharmaciens l'entendaient.

Quelques mots, en passant, sur l'exercice de la pharmacie, par les médecins de localités dépourvues de pharmaciens.

Les médecins de campagne (1) ont protesté contre cette autre disposition de la loi, qui va leur interdire d'exercer la pharmacie, à moins de six kilomètres du domicile du pharmacien. C'est avec raison qu'ils font entendre leurs protestations contre ces mesures restrictives, moins funestes cependant pour eux-mêmes, que pour leurs clients.

S'il est vrai que la médecine ne doive appartenir qu'aux médecins, il n'est pas aussi logique que la pharmacie n'appartienne qu'aux pharmaciens. Le médicament est l'instrument dont le médecin doit se servir pour guérir ses malades, cet instrument, *il doit le connaître* et savoir le manier mieux que tout autre.

Refuser au médecin le droit de délivrer lui-même le médicament qu'il prescrit, semble aussi arbitraire, que de refuser à l'architecte, le droit de fournir, sans le secours d'un entrepreneur, les matériaux de l'édifice qu'il construit.

Monsieur le professeur Brouardel s'est vivement inquiété, l'an dernier, de l'encombrement médical dans les villes, et de la pénurie de médecins dans les bourgs, qui autrefois étaient pourvus. C'est que l'exercice de la profession est plus rude à la campagne qu'à la ville, et ne nourrit pas beaucoup mieux son homme.

Loin de se spécialiser, pour vivre le praticien des bourgs, médecin comme devait l'être Hippocrate, doit embrasser toutes les branches. Il est *médecin, chirurgien, dentiste, accoucheur et enfin*

(1) Lire : *Le Médecin de campagne*, du docteur Carlier.

pharmacien. C'est grâce à ces multiples fonctions, et à de nombreuses nuits passées sur les routes, dans le légendaire tilbury, que ce nouveau Protée arrive à joindre les deux bouts.

Je dirai à notre éminent doyen, et aux illustres confrères qui ont bien voulu jeter avec lui le cri d'alarme :

Vous vous intéressez aux médecins de campagne, vous cherchez le moyen de rendre leur existence moins problématique. Vous conseillez aux municipalités et aux assemblées départementales, de faire des sacrifices, de rétribuer plus largement les services publics des médecins. Pour assurer leur existence, vous ne craignez même pas d'aliéner leur indépendance, en les transformant peu à peu en fonctionnaires, et par une singulière contradiction, vous donnez le dernier coup à ces malheureux confrères, en règlementant l'exercice de la pharmacie. Non seulement, vous diminuez leurs bénéfices, mais vous leur enlevez du même coup leurs clients.

Les bourgs qui ont la prétention d'avoir un médecin, sont à une distance de cinq à six kilomètres des villes. Si vous n'y autorisez la pharmacie, qu'à six kilomètres de la pharmacie la plus voisine, les clients compris dans cette zone iront tous à la ville, par ennui d'aller chercher le médecin d'un côté, les médicaments de l'autre. Certaines clientèles seront ainsi complètement absorbées.

La première victime sera encore le malade. Le médecin des bourgs ne pouvant plus vivre, émigrera vers les villes, et ses anciens clients seront forcés d'aller chercher bien loin, le médecin qu'ils avaient chez eux, au grand détriment de leur santé et de leur bourse.

Les subventions que vous demandez pour nous ne sauraient remédier à cet état ; les largesses administratives, du reste, nous effraient, elles nous sont accordées au prix de notre indépendance et nous voulons rester libres.

Si vous désirez que nous demeurions là où nous sommes, ne nous enlevez rien. Etendez plutôt nos droits. Le jeune médecin n'hésitera plus à s'établir dans un bourg, si vous le débarrassez de cette crainte qui le hantera toute sa vie, de voir un pharmacien venir à sa porte. Pour cela, *supprimez les distances* et respectant les droits acquis, que le *médecin établi avant le pharmacien, puisse continuer l'exercice de la pharmacie jusqu'à la fin de sa carrière*, la loi ne devant atteindre que son successeur.

Mais que deviendra le pharmacien complètement sacrifié ? L'Etat n'a-t-il pas le devoir de protéger son monopole et d'assurer son existence ?

La vie est devenue difficile pour le pharmacien, parce qu'il n'a pas voulu se renfermer dans les limites précises de ce monopole.

Autrefois, le pharmacien était un praticien respecté du public ; cet homme instruit était considéré comme la seconde partie du médecin.

Le pharmacien attendait patiemment l'ordonnance, plus fréquente qu'aujourd'hui, parce qu'elle était nécessaire ; il l'exécutait scrupuleusement, parce que le profit en était plus élevé.

Le médicament n'était pas une marchandise, c'était un instrument de guérison ; pour le préparer il fallait avoir fait des études spéciales. Le pharmacien du temps, aussi soucieux de sa dignité que de ses intérêts, élevait la juste prétention, que personne ne lui contestait, de faire payer au public outre la matière première (quantité négligeable), des honoraires en rapport avec les difficultés de la préparation ; on l'indemnisait, ainsi, de son travail et de ses études.

Le pharmacien discret entourait tout cela d'un certain mystère, et le public, ignorant des choses de son laboratoire, payait sans trop murmurer ; sa seule vengeance, était peut-être de qualifier de notes d'apothicaire, les notes un peu longues ou un peu embrouillées. Aujourd'hui, le pharmacien désertant les saines traditions, a transformé son officine en boutique ; il s'est mis à vendre de tout et à tous, sans se soucier autrement du médecin et de ses ordonnances. Il affiche ses produits et leurs prix, les entoure de réclames, capables de frapper l'esprit affaibli du malade. En se débarrassant de la tutelle du médecin, il a cru s'affranchir, il est devenu la proie du public qu'il exploite, et par lequel il est exploité à son tour ; il a vulgarisé les choses de la médecine, il a ouvert à deux battants les portes de son laboratoire, tout le monde y a pénétré, et, la pharmacie n'a plus eu de secrets pour personne. Il est forcé de compter avec le client, qui marchande et conteste à ce commerçant, semblable à tous les autres, le droit de prélever plus d'un certain bénéfice sur sa marchandise.

Il a ainsi perdu : *la considération, la confiance et le profit* qui lui étaient dus. Le rabais lui a été bientôt imposé par la concurrence.

Si le pharmacien était seul victime de ses fautes, j'hésiterais peut-être à le plaindre, mais il a entraîné dans sa chute le médecin et le malade.

Le pharmacien d'autrefois n'a pas complètement disparu, mais il devient de plus en plus rare. Un certain nombre, en devenant boutiquiers, ont eu moins de scrupules, ont perdu le sens moral et, chose plus grave, l'ont fait perdre à leurs élèves, les pharmaciens de l'avenir.

Le bénéfice diminuant, pour vivre il fallait vendre beaucoup, et suivant la formule commerciale pour vendre beaucoup il fallait vendre bon marché. En pharmacie pour vendre bon marché, il devient difficile de vendre bon. Le pharmacien ne pouvait donc résoudre la question qu'en achetant des produits inférieurs et impurs, ou en trompant sur la préparation : ces deux procédés sont devenus chez certains d'une pratique courante, au grand détriment de leurs confrères plus honnêtes, des médecins qui n'obtiennent plus de résultats constants, des malades dont le soulagement est devenu problématique. C'est alors qu'apparaît la spécialité ; quelques industriels habiles, souvent peu scrupuleux, en apparence dans le but fort louable d'aider les médecins et de préserver le public des actes coupables de certains pharmaciens, ont lancé le remède sous cachet, le médicament tout prêt à administrer et que le pharmacien ne peut frauder ni contrefaire. C'était le dernier coup porté à la *médecine*, à la *pharmacie et à la santé publique*.

Le médecin inquiet n'ose plus formuler, d'abord par méfiance du pharmacien, puis pour satisfaire le client qui désire essayer le remède nouveau. Le pharmacien voit disparaître le gros profit qu'il tirait autrefois de la ténébreuse et

salutaire ordonnance. Le malade est soigné à peu près, à l'aide de médicaments à efficacité douteuse, dont le médecin lui-même ignore toujours la composition, et ne connaît les doses et les effets que par ce qu'il en a lu sur l'étiquette.

Faites une loi protégeant le malade, et cette protection s'étendra immédiatement au médecin et au pharmacien, qui forment avec lui une trinité indivisible.

Réglementez sévèrement l'exercice de la pharmacie, que le *pharmacien ne puisse plus rien délivrer sans ordonnance* et tout le monde s'en réjouira bientôt. Le médecin reprendra ses consultations ; le pharmacien fera presque autant d'affaires, et pourra les faire plus honnêtes et plus lucratives ; les malades ne risqueront plus d'être intoxiqués. Les écumeurs de la profession, les charlatans et les vulgarisateurs de panacées universelles, seuls mécontents, s'évanouiront bientôt avec leurs spécialités et leurs pratiques nuisibles et sans valeur.

Dr SALOMON,
Savigné-l'Evêque (Sarthe).

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Nous adressons nos félicitations à MM. les docteurs DESNOS et LÉON-PETIT, de Paris ; SIGNARD, de Gray (Haute-Saône) ; PETON, de Saumur (Maine-et-Loire), et EURY, de Charmes (Vosges), membres du « Concours Médical », qui viennent d'être promus au grade de *Chevalier de la Légion d'honneur.*

Journalistique. — Nous souhaitons la bienvenue au *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de la Drôme et de l'Ardèche*, organe des confrères d'une région où le concours compte tant d'amis.

Caisse de prévoyance et de secours du corps médical Belge (méd. Pharm. et méd. vétres), arrêté Royal du 11 mars 895. — Dans sa séance du 18 juillet passé, le Comité directeur a constaté l'existence en caisse d'un capital de huit cent cinquante-trois mille soixante-cinq francs cinquante-quatre centimes (853.065 fr. 54) défalcation faite d'une somme de cinquante-huit mille trois cent vingt-huit francs nonante neuf centimes (58.328 fr. 99) répartie statutairement le 15 mai précédent entre : 1° Les affiliés ayant atteint l'âge de 64 ans, ou devenus incapables par suite d'infirmités de se livrer à l'exercice de leur profession : 2° Les veuves et orphelins d'affiliés décédés.

Pouvoirs des tribunaux dans l'appréciation des demandes en paiement d'honoraires. — La Cour d'appel de Bordeaux a rendu dernièrement un arrêt infirmant et annulant un jugement du tribunal civil de Cognac qui avait méconnu les droits d'un confrère en matière d'honoraires. La Cour, reconnaissant le bien fondé de l'appel, a admis la totalité des réclamations du médecin en réduisant le chiffre des honoraires dans des proportions très modérées.

Parmi les divers considérants de cet arrêt, nous relevons le suivant, qui se rapporte aux pouvoirs des juges dans l'appréciation des demandes en paiement d'honoraires :

« Attendu que les tarifs, adoptés par un syndicat de médecins établis dans une région, ne sauraient être obligatoires pour le juge, qui doit faire application aux parties des principes du droit commun et fixer les honoraires en tenant compte des services rendus, de la nature de la maladie, de la situation sociale et de la fortune du malade, de l'éloignement du médecin, de sa notoriété et de la localité dans laquelle il exerce ; mais, quand un malade reste plusieurs mois dans un état assez grave pour justifier les nombreuses visites qui lui ont été faites et nécessiter de son médecin traitant des soins d'une nature spéciale, il ne peut être question d'appliquer dans toute la rigueur le tarif en usage pour le prix d'une visite isolée, ou d'un nombre de visites restreint ; en pareil cas les honoraires du médecin doivent être fixés dans leur ensemble ; qu'il est admis, d'ailleurs, d'allouer en général au médecin de la famille un honoraire égal à celui des autres confrères appelés en consultation avec lui. »

Le Sou médical serait heureux qu'il lui fût adressé copie, à ses frais, de tout jugement de ce genre. Mais il importe que tous les *attendus* et *considérants* y figurent, si l'on veut nous aider dans la tâche que nous poursuivons pour l'amélioration de la jurisprudence médicale.

Armement des médecins de réserve. — D'après une circulaire récente, les médecins de la réserve et de l'armée territoriale qui ne sont pas pourvus, à leurs frais, d'armes réglementaires, peuvent, sur leur demande, et sur l'autorisation des généraux commandant les corps d'armée, recevoir, à titre de prêt, un sabre de cavalerie, modèle 1882.

Les sabres modèle 1882, susceptibles d'être délivrés, sont de deux longueurs différentes et sont désignés respectivement par les dénominations suivantes :

Sabre de dragon, modèle 1882.
Sabre de cavalerie légère, modèle 1882.

Les médecins auxquels est attribué un sabre de ce modèle doivent indiquer, dans leur demande, quel est celui des deux types qui convient à leur taille. Dans tous les cas, la demande doit être faite par l'intéressé lui-même et contenir l'indication de son nom, de sa profession, de l'adresse à laquelle l'arme devra parvenir, et, en outre, l'engagement de restituer l'arme à l'établissement d'artillerie livrancier, en cas de radiation des contrôles, pour quelque motif que ce soit.

Ainsi établie, la demande est adressée au chef de corps ou de service.

Le directeur de l'établissement chargé de délivrer l'arme, adresse à l'officier la facture de livraison en double expédition. Cette facture lui est renvoyée revêtue du récépissé du destinataire Les frais de transport des armes, lors de la délivrance et de la réintégration, sont supportés par l'Etat.

Les armes prêtées doivent être réintégrées à l'établissement d'artillerie livrancier, par les détenteurs ou leurs ayants droit, sans ordre spécial, en cas de radiation des contrôles, pour quelque motif que ce soit.

L'éthéromanie en Allemagne. — L'augmentation de l'impôt sur l'alcool en 1887 a eu pour conséquence, dans certaines provinces de l'Allemagne, de développer l'éthéromanie à la place de l'alcoolisme. Trouvant l'alcool trop cher, nos voisins d'outre-Rhin l'ont remplacé par l'éther qui leur revenait à meilleur marché.

Dans le cercle de Memel (Prusse orientale) la consommation d'éther en 1897 a été de 8580 litres. Le chef-lieu du cercle en a consommé à lui seul à peu près la moitié. *(Lyon médical.)*

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MEDICAL »

N° 4535. — M. le Docteur RAILLÈRE, de Noirétable (Loire), membre de l'Association des médecins de la Loire.

N° 4536. — M. le docteur BARET, de Sillé-le-Guillaume (Sarthe), présenté par M. le Directeur.

N° 4537. — M. le docteur HAUT, de Villers-la-Montagne (Meurthe-et-Moselle), membre de l'Association des médecins de Meurthe-et-Moselle et présenté par MM. les Docteurs Coliez, de Longwy et Sypiorski, de Mont-Saint-Martin (Meurthe-et-Moselle).

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 34 25 AOUT 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DE LA

Caisse des pensions de retraite du corps médical français

du 29 juillet 1900. — Présidence de M. le Dr LANDE.

Lecture du compte rendu de l'Assemblée générale de 1899. — Approbation.

M. le Dr Cézilly s'excuse de ne pouvoir assister à la séance étant souffrant.

Lecture d'une lettre de M. le Dr Verdalle, trésorier, s'excusant de n'avoir pu venir à Paris par suite de ses obligations professionnelles.

M. le Président prend la parole pour expliquer la situation dans laquelle se trouve actuellement la Société vis-à-vis de la loi du 1er avril 1898 sur les Sociétés de secours mutuels.

De son exposé, il résulte qu'une décision ne s'impose pas aujourd'hui même, et qu'il est sage de pousser, dans tous les détails, l'étude des changements qu'il conviendra d'introduire dans le fonctionnement de la Caisse.

Rapport du Secrétaire-général.

M. le secrétaire général a la parole pour la lecture de son rapport annuel.

Mes chers Collègues,

Votre Comité directeur a cru devoir reculer jusqu'à ce jour la date de votre assemblée générale annuelle, de manière à faire coïncider cette dernière avec le Congrès de médecine. Il espérait ainsi avoir plus d'adhérents présents, ce qui était très important, vu les graves décisions qui devaient être prises pour nous conformer à la nouvelle loi sur les sociétés de secours mutuels. Malheureusement, ainsi que vient de l'exposer notre cher président, l'administration n'ayant pas promulgué les parties essentielles et complémentaires de la loi, nous ne pouvons absolument rien décider.

Votre comité s'était occupé, soit personnellement, soit dans ses réunions, des différentes combinaisons que nous pouvions vous présenter et de vous montrer, pour chacune d'elles, les côtés bons et les côtés dangereux.

Je ne puis que vous les indiquer aujourd'hui brièvement, nous réservant pour le moment où l'Etat ayant fait connaître complètement ce qu'il veut, nous mettra en présence de textes définitifs.

Pouvions-nous d'abord rester ce que nous sommes actuellement ? Au ministère de l'Intérieur on m'a répondu par l'affirmative, puisque nous n'avions jamais rien demandé que la tranquillité, sans aucune subvention, ni protection quelconque ; mais on peut faire observer que chacun interprétant les textes à sa façon, ce qui est licite aujourd'hui devient souvent mauvais le lendemain, et qu'ainsi nous étions à la merci des pouvoirs publics. Beaucoup de médecins penchent pour la transformation en Société civile :

bien que notre œuvre soit des plus correctes et des plus honorables, nous désirons le moins possible l'immixtion de l'administration dans nos affaires : la société civile répond parfaitement à ce désideratum, mais alors les droits dus au fisc sont considérables : puis c'est une forme non prévue par la nouvelle loi, qui peut nous exposer à des ennuis et nous soumettrait à une jurisprudence incertaine et indécise. Dans tous les cas, il nous faudrait, sur ces points, les conseils éclairés d'un homme de loi.

Reste alors la loi d'avril 1898, qui nous donne deux solutions ; ou la *Société de secours mutuels approuvée* avec tous ses avantages, mais qui ne permet que des retraites de 360 fr. ou la *Société libre* qui accepte les 1200 fr. de retraite, mais exige la même prime pour tous les actionnaires entrés au même âge, pour avoir la même pension : les rentes déjà liquidées n'auraient nullement à subir une réduction et aucun rappel ne serait nécessaire pour couvrir l'insuffisance des cotisations antérieurement versées par les membres privilégiés.

Vous voyez, mes chers confrères, que, pour le moment, nous restons dans le *statu quo* et c'est tout ce que nous pouvons faire.

Vous aurez ainsi à statuer sur une question très intéressante, ou du moins, nous vous demandons votre autorisation pour faire les démarches nécessitées par la question suivante : « Nos retraites sont-elles incessibles et insaisissables ? » Mais avant de juger cette question, il faut encore savoir ce que nous serons.

Nous venons enfin demander votre approbation pour une petite modification au règlement intérieur. Dans une de vos dernières assemblées générales vous avez voté que pendant le mois de décembre de chaque année, il ne serait pas reçu d'adhésion nouvelle. Le comité directeur pense que vous pouvez sans inconvénient pour la solidité de la caisse, revenir sur ce vote et décider que l'entrée à la caisse des pensions est de droit à n'importe quelle époque de l'année, pour l'année même.

Vous avez voté l'année dernière une somme de 365 fr. de secours à Mme S..., restée veuve avec 8 enfants, plus sa cotisation de 100 fr. : voulez-vous donner même cette année ce secours de 365 fr. ? Je dois vous faire observer qu'ainsi que me l'écrivait un confrère, on ne fait pas des affaires avec du sentiment et que notre caisse n'est pas une caisse de secours.

M. le secrétaire général donne lecture du rapport du trésorier sur l'exercice de 1899.

Rapport du Dr Verdalle, *trésorier, sur l'exercice* 1900.

Messieurs,

Le bilan que j'ai l'honneur de vous soumettre ne diffère de ses devanciers que par une augmentation toute naturelle du total. De 728.248 fr., chiffre du total au 31 décembre 1898, il s'élève à 755.802.16, total au 31 décembre 1899, soit une augmentation de 27.554 fr. 96.

Votre trésorier est très fâché, Messieurs, de ne pouvoir accuser qu'une augmentation aussi minime, mais, dans l'inventaire qu'il dresse à la fin de chaque année, il est obligé d'évaluer notre fortune à sa véritable valeur et les cours de la Bourse ne faisant que fléchir depuis deux ans, il constate chaque année, aux dépens de son portefeuille, une moins-value lamentablement progressive ; cette moins value d'inventaire était l'année dernière de 17.357 fr. 80, elle est cette année de 31.330 fr. 95, soit une dépréciation totale de près de 50.000 fr. en deux ans.

C'est dire que notre bilan devrait se solder par plus de 800.000 fr., au lieu de 755.000 fr. que je vous présente.

Mais, rassurez-vous, Messieurs, les beaux jours reviendront peut-être. Notre portefeuille, bien que de moindre valeur, nous donne le même revenu. Je dirai même que nous avons intérêt à ce que ces cours si élevés ne reviennent pas. Il ne faut donc pas se désoler d'une diminution de chiffre, qui n'est en somme que fictive ; et ces oscillations de bourse ont du moins cet avantage que, cette année par exemple, nous avons acheté 90 obligations de la Banque hypothécaire de France 1880, à des cours de 80,100 et même 130 fr. moins élevés que l'année dernière, soit sur le total des obligations une dépense en moins de 9 à 10.000 fr.

La caisse a reçu pendant l'exercice 1899 un total de	86.883 66	
ce qui, ajouté au solde du 31 décembre 1898, ci	1.350 15	
donne le total de		88.233 81
Elle a dépensé	77.891 80	
Solde en caisse au 31 décembre 1899	10.342 01	
Total égal		88.233 81

Examinons le détail des recettes et des dépenses :

RECETTES.

Solde en caisse au 31 décembre 1898	1.350 15	
Cotisations	61.044 63	
Coupons et intérêts des valeurs	23.323 23	
Remboursement de frais généraux	29 05	
Amortissement de valeurs	2.486 75	
		88.233 81

Les cotisations n'avaient produit en 1898 que 59.079 01. Elles ont donc produit cette année 1.965 63 de plus.

15 nouveaux adhérents se sont inscrits pour une somme annuelle totale de 3.485 fr.

Ce sont MM.

F., de Paris ....fr.	432	
C., de Saint-Germainmont	139	
A., de Pauillac	139	
M. et Mme G., de Maisons-Lafitte	261 168	
L., de Belfort	146	
G., de Castres	125	
P.-C., de Rouen	359	
L., de Versailles	268	
M. et Mme G., de Bourth	195 146	
M. et Mme R., de Paris	125 125	
S., d'Auberg	195	
B., de Paris	662	
		3.485 fr.

Les intérêts du portefeuille se sont élevés à 23.323 fr. 23, au lieu de 17.897 fr. 09, soit une augmentation de 5,426 fr. 17 ; augmentation un peu majorée par le fait que certaines valeurs étaient retenues pour le remboursement et que leurs intérêts de retard ont été payés en 1899.

Actuellement le *revenu exact du portefeuille* est de 22.096 fr. 56. J'ajoute que ces jours derniers nous avons même acheté 30 obligations Banque hypothécaire 1880 qui vont nous donner un revenu de 432 fr., ce qui portera notre revenu total à 22.500 fr. environ.

Dans le courant de 1899 ont été *amorties et remboursées* les valeurs suivantes :

2 obligations communales 1899	996 70	
1 obligation du Midi	490 05	
38 fr. de rente 3 % amortissable	1.000 »»	
		2.486 75

DÉPENSES.

Les *dépenses* se sont élevées au chiffre de 77.891 80, savoir :

Achat de 90 obligations de la Banque hypothécaire de l'année 1880	51.324 50	
Frais	337 05	
(soit au cours moyen de 570 fr.)		
	51.661 55	
Paiement des retraites	18.485 »»	
Remboursement au Dr R. pour versements en trop sur sa cotisation	216 25	
Frais généraux	4.738 »»	
Paiement de retraites, de cotisation et pension par la caisse auxiliaire	2.791 »»	
		77.891 80

La dépense pour le paiement des RETRAITES s'élève cette année à	18.485 »»	
	2.036 »»	
		20.521

soit 4.525 fr. de plus qu'en 1898.

Pour l'année 1900, le chiffre des retraites sera sensiblement le même. Vous voyez que cette année encore la dépense pour nos retraités n'atteint pas le chiffre de nos revenus. Il en sera de même pendant quelques années encore.

Nous n'avons cette année qu'une retraite nouvelle, M. B... pour 1.200 fr. Mais deux retraités sont décédés en 1899 : M. L... (pension de 758 fr.) M. C. (1.200 fr.) Le total reste donc à peu près le même.

PROFITS ET PERTES. RÉPARTITION DES RECETTES DISPONIBLES.

Le tableau (profits et pertes) publié au nº 18 du Concours indique la répartition des recettes disponibles et leur distribution à nos diverses caisses.

On remarque que la caisse de réserve a déjà un capital de 211.346 fr. 11, acquis en six ans. Elle atteindra son maximum statutaire d'ici deux ans, cela est à peu près sûr, soit 250.000 fr.

La caisse auxiliaire assure un capital de 1.383 fr. 41.

Telle est, Messieurs, l'histoire de la Caisse des pensions de retraite pour l'année 1899. L'Etat, tracassier et jaloux, va-t-il, sous prétexte d'égalité, convoiter la gestion de nos ressources ?

Nous nous défendrons en tout cas jusqu'à la dernière extrémité, et nous ne permettrons à personne de mettre la main sur une fortune acquise au prix de tant de patience, de travail et de sagesse.

Dr VERDALLE, *trésorier*.

Après cette lecture applaudie, le Secrétaire-général reprend :

Mes chers Collègues, bien que nous n'ayons pas le plaisir d'avoir parmi nous à cette assemblée notre cher trésorier, nous n'en devons pas moins le remercier du travail important qu'il accomplit chaque année et de la peine qu'il veut bien se donner pour la prospérité de notre caisse dont il est la cheville ouvrière. Je vous propose donc d'envoyer en votre nom, au Dr Verdalle, l'expression de nos sincères félicitations et nos remerciements les plus flatteurs.

Notre confrère a présenté ses comptes, ses livres et les certificats de dépôt de toutes ces valeurs au comité directeur dans sa dernière réunion d'il y a un mois et demi. Votre comité a constaté que tout était en règle et que la caisse a montré cette année, comme d'habitude, suivant sa marche normale, que toutes les valeurs indiquées sont bien en portefeuille. Mais notre cher trésorier n'ayant pu nous adresser ces mêmes titres pour l'assemblée générale, votre comité des censeurs a été empêché de remplir les fonctions pour lesquelles il a été spécialement créé : il n'a pu que vous soumettre le compte rendu suivant de ses délibérations :

Réunion du comité des censeurs le 28 juillet 1900.

Etaient présents MM. Moreau, Bardy, Hiblot, R. Saint-Philippe, Porson. Excusé : de Ranse.

« Le comité, ayant, d'une part, pris connaissance d'une lettre du Dr Verdalle, trésorier, qui est dans l'impossibilité de se rendre à Paris, d'autre part, de l'affirmation du comité Directeur qui a vu et compulsé le portefeuille, ne peut que donner acte des communications écrites qui lui sont faites et établissant la parfaite régularité des opérations comme de la situation de la caisse ».

(*Signatures.*)

Il sera facile de remédier pour les années suivantes à ce qui s'est produit cette année en priant notre trésorier de remettre les titres à une des adhérents qui viendra à l'assemblée, quand il ne pourra pas venir lui-même, et notre confrère sera le premier à le désirer, car il a toujours insisté d'une façon spéciale, pour que nous palpions personnellement chaque titre qui compose notre fortune.

Le nombre des adhérents nouveaux est fixé au chiffre de 15 par notre trésorier : ce chiffre indique les adhérents pendant l'année 1899, tandis que votre secrétaire général doit soumettre à votre vote les adhésions qui se sont produites dans l'intervalle des deux assemblées.

Cette année-ci vous aurez à voter sur l'admission de :

MM.		FR.
le Dr Gr........	A. 1 part.	195
Mme Gr..	A. 1 part.	146
le Dr Pet......	A. 1 part.	359
le Dr Gr.......	C. 1 part.	125
le Dr Rey.....	B. 1 part.	125-3.854
Mme Rey......	B. 1 part.	125-2.418
le Dr Lis......	A. 1 part.	288
le Dr Spr......	A. 1 part.	195
le Dr B........	Double sa cotisation.	
le Dr Laf......	A. 1 part.	139
le Dr Col......	A. 1 part.	207
le Dr Eyr......	A. 1 part.	146
Mme Eyr......	A. 2 parts.	106 × 2 = 212
le Dr Mars....	A. 2 parts.	207
le Dr Gl.......	A. 2 parts.	174
le Dr Ler......	A. 1 part.	146
le Dr Hirigoyen	A. 1 part.	552
le Dr Bauv.....	A. 2 parts.	662

Ce qui nous donne le chiffre de 18 adhérents avec 22 parts.

Vous aurez à voter pour le renouvellement de votre bureau dans les personnes de votre président : le Dr Lande ; vice-président : le Dr Cézilly ; secrétaire-général : Dr Delefosse ; contrôleur : Dr Jeanne, qui ont accompli le mandat que vous leur aviez confié pendant 5 ans.

Comme censeurs: MM. de Ranse, Saint-Philippe et Bardy.

(*Applaudissements.*)

L'assemblée, ainsi mise au courant par les rapports ci-dessus, vote alors : 1° l'admission des nouveaux adhérents ; 2° la délivrance des pensions dues ; 3° le renvoi à une date ultérieure de la décision à prendre sur les modifications à apporter à la Caisse ; 4° la somme de 100 fr. à prendre sur la Caisse auxiliaire pour permettre à Mme S. de continuer le paiement de sa prime.

De plus elle renouvelle le mandat des censeurs et administrateurs sortants.

Le Secrétaire général, Dr Delefosse. — *Le Président,* Dr Lande.

REVUE DU CONGRÈS DE MÉDECINE

A. MÉDECINE

Traitement de la lithiase biliaire.

D'après le Dr *Naünyn*, de Strasbourg, la formation des calculs biliaires n'a pas uniquement lieu dans la vésicule ; il s'en forme aussi dans les ramifications du canal hépatique.

« La cholestéarine et le calcium (bilirubinate de chaux), les principaux composants chimiques des calculs biliaires, proviennent de la muqueuse des voies biliaires. Les catarrhes lithogènes de la muqueuse peuvent être provoqués par des microbes (coli-bacille, bacille d'Eberth, peut-être encore par d'autres) ; ils sont donc d'origine infectieuse. Une grande virulence des germes n'est pourtant nullement favorable à la formation des concrétions ; ce sont plutôt les infections légères provoquées par des microbes dont la virulence est atténuée qui provoquent les catarrhes lithogènes. Ces infections légères peuvent s'établir dès qu'il y a stagnation de bile. La bile normale n'est en effet pas précisément stérile ; seulement les germes, je ne veux citer que le colibacille, ne s'y trouvent qu'en nombre très restreint, et n'ont aucune virulence, tant que l'évacuation de la bile s'effectue normalement.

« Il résulte de cet exposé que ce sont en dernier ressort les troubles dans l'écoulement et l'évacuation qui sont les causes principales de la formation des concrétions biliaires.

« Le temps nécessaire à la formation des différentes sortes de calculs biliaires est de durée très variable. Il n'est pas impossible que la formation de l'une ou de l'autre sorte de calculs s'effectue très rapidement.

« Les concrétions biliaires peuvent séjourner longtemps dans la vésicule sans dénoter leur présence par aucun symptôme.

« Parmi les suites fâcheuses provoquées par la présence des calculs dans les voies biliaires, il faut citer en première ligne les inflammations des muqueuses, la cholécystite, l'angiocholite calculeuse.

« Elles sont d'origine infectieuse, et peuvent être provoquées par l'apparition de microbes provenant du sang (bacille d'Eberth) ou de l'intestin, dans la bile ; en présence des calculs s'y trouvant, ces microbes se multiplient très rapidement. En effet, les calculs empêchent l'évacuation complète de la bile ; telle que l'urine résiduelle dans la vessie, la bile résiduelle, c'est-à-dire le résidu de bile permanent qui constitue un terrain excellent pour l'établissement d'une infection. La bile résiduelle peut être de même le point de départ d'auto-infections de nature grave : le colibacille qui se trouve presque dans chaque bile normale peut devenir très virulent dans la bile résiduelle, c'est-à-dire dans le résidu permanent de bile.

« Cette cholécystite infectieuse peut provoquer une expulsion de calculs et, par ce fait, être le point de départ des coliques hépatiques et de l'ictère.

« D'autre part, les coliques hépatiques peuvent devenir, elles, le point de départ d'une cholécystite, quand un calcul quitte la vésicule pour d'autres raisons.

« La cholélithiase peut guérir dans chaque phase de son évolution par l'évacuation de tous les calculs. Cette évacuation peut se faire par les voies naturelles, ainsi que par la formation de fistules. Dans la grande majorité des soi-disant « guérisons », il ne s'agit toutefois que d'une guérison des complications infectieuses : la maladie devient latente dès que les voies biliaires ne sont plus obstruées. La durée de cet état de guérison apparente n'est pas à prévoir ; elle peut être indéfinie.

« Seul, le chirurgien peut se poser comme but une guérison complète. Celle-ci n'est pourtant pas identique avec l'évacuation des calculs par l'opération : il est des cas où les douleurs et l'apparition de calculs dans les selles continuent après l'opération. Quant à la thérapeutique interne, elle ne peut qu'aspirer à combattre l'obstruction des voies biliaires, et chercher à guérir les complications infectieuses : une fois la maladie redevenue latente, son but est atteint.

« Une sécrétion de bile aussi abondante que possible est le moyen le plus efficace. Il est cependant plus que douteux que les médicaments provoquant une sécrétion de bile abondante en temps normal le fassent aussi quand les voies biliaires sont obstruées (angiocholite infectieuse). L'inefficacité des moyens cholagogues, tant qu'il existe une angiocholite infectieuse, ne peut que paraître naturelle.

« Les procédés thérapeutiques consacrés par l'habitude visent à la guérison de la cholécystite et de l'angiocholite. Celles-ci une fois guéries, la bile peut reprendre son cours normal, tel qu'il est désirable. »

Hérédité de la tuberculose.

M. le professeur *Hutinel*, de Paris a fait sur la tuberculose familiale et héréditaire un remarquable rapport, dont voici la substance :

« L'hérédité tuberculeuse peut consister dans la transmission du germe, dans la transmission d'une prédisposition, ou se manifester par des troubles

dystrophiques. Ces trois modes d'hérédité tantôt se superposent, tantôt existent isolément.

1° *Transmission du germe.* — *A*) La transmission du germe au moment de la conception constituerait au sens strict du mot la véritable hérédité. Cette transmission conceptionnelle n'est encore qu'une hypothèse dont aucun fait connu ne démontre la réalité et dont la vraisemblance même nous paraît problématique ; en particulier, la transmission parasitaire par le père n'est nullement prouvée.

B) Il est possible cependant qu'un fœtus naisse infecté par le germe tuberculeux : dans ce cas, il a été contagionné *in utero* par sa mère. Celle-ci est ordinairement atteinte d'une façon très grave : elle peut aussi ne présenter que des lésions peu étendues. La transmission se fait probablement à la faveur d'une lésion placentaire, parfois très localisée et facile à méconnaître.

C) La tuberculose congénitale n'a pas été rencontrée seulement chez des fœtus mort-nés ou des nourrissons succombant de bonne heure : elle a été vue également chez des enfants bien constitués et parfaitement viables : l'hérédo-contagion de la tuberculose est donc indiscutable et peut jouer un rôle dans la propagation de la phtisie.

D) Ce rôle paraît être très restreint. Pour affirmer l'extrême rareté de l'hérédo-contagion, on doit se baser, non pas sur le peu de fréquence des tubercules congénitaux (argument de médiocre valeur), ni sur la difficulté de mettre en évidence par les inoculations une bacillose congénitale (une infection limitée passant très facilement inaperçue), mais sur les arguments suivants :

I. *Rareté de la tuberculose chez les petits nés de femelles tuberculisées ou tuberculeuses et conservés en vie.*

II. *Impossibilité d'admettre une résistance particulière des jeunes sujets au développement du bacille*, ce que démontre : *a*) l'extrême rareté au-dessous de deux ans des tuberculoses vraiment latentes et momentanément silencieuses ; *b*) l'évolution clinique de la tuberculose du premier âge.

III. *L'étude anatomique des formes initiales de la tuberculose infantile est tout en faveur d'une infection par contagion* post partum.

2° *Hérédité hétéromorphe.* — La tuberculose des ascendants influence les enfants d'une manière évidente, et presque nécessaire au point de vue du développement physique : les tares dystrophiques qui sont le fait de cette hérédité hétéromorphe ne doivent pas être confondues avec l'hérédo-prédisposition dont elles sont distinctes tout en pouvant coïncider avec elle.

3° *Hérédo-prédisposition.* — *A*) L'observation clinique démontre l'excessive fréquence de la tuberculose chez les enfants issus de générateurs tuberculeux, ou de familles dont certains membres sont tuberculeux.

Cette fréquence excessive est due, en partie tout au moins, à une hérédo-prédisposition ; mais elle est aussi attribuable, pour une certaine part, à un mode pathogénique, dont on néglige beaucoup trop l'influence dans la plupart des recherches sur l'étiologie de la tuberculose, nous voulons parler de l'auto-infection. Une grande partie des tuberculoses de l'âge adulte ou de la jeunesse sont la conséquence de foyers latents remontant au jeune âge, foyers qui relèvent presque toujours de la contagion : la tuberculose des ascendants a eu souvent pour rôle essentiel de créer cette contagion.

B) L'hérédité de prédisposition se traduit fréquemment par la gravité de la maladie : non seulement l'enfant est plus exposé à la tuberculose, mais souvent il lui résiste plus mal.

C) Par contre, la tuberculose héréditaire peut se présenter aussi sous une forme atténuée, comme si l'enfant était jusqu'à un certain point immunisé. On peut expliquer ces formes par une sorte d'hérédité mixte, les ascendants transmettant au rejeton une prédisposition à devenir tuberculeux en même temps qu'un état spécial de résistance.

4° *Prophylaxie.* — Au point de vue prophylactique, le rôle du médecin est considérable : trois tâches s'imposent à lui :

1° La protection des enfants de tuberculeux contre l'invasion bacillaire, et particulièrement contre le danger redoutable du milieu familial infecté.

Cette protection est possible, puisque l'enfant de phtisique n'est presque jamais contaminé à la naissance ; elle est réalisable, puisque nous savons de quelles manières on peut éviter à l'entourage d'un phtisique la contagion bacillaire : elle est essentielle, puisque l'infection précoce de l'enfant détermine presque toujours la formation, soit d'une tuberculose immédiate à évolution rapide, soit d'une tuberculose larvée redoutable pour l'avenir.

2° Chez les enfants de phtisiques, un des dangers les plus sérieux consistant dans les foyers latents, sources des auto-infections ultérieures, on doit mettre en œuvre tous les moyens d'investigation capables d'en révéler l'existence : une exploration clinique minutieuse et répétée permettra souvent un diagnostic précoce point de départ d'une thérapeutique efficace.

3° Enfin, on doit poursuivre chez les rejetons de phtisiques l'étude et le traitement de tous les troubles de l'évolution ou de la nutrition qui permettent de soupçonner une hérédo-prédisposition tuberculeuse.

La tuberculose du premier âge.

D'après M. le Dr *Richardière*, de Paris, on peut diviser les tuberculoses des enfants du premier âge, en plusieurs groupes :

« 1° Tuberculoses infantiles généralisées sans localisations spéciales, à marche aiguë. Ce sont :

a) Les fièvres infectieuses tuberculeuses primitives suraiguës de Landouzy, dans lesquelles la maladie évolue comme une infection typhoïde, et dans lesquelles, à l'autopsie, on ne trouve pas de tubercules formés, mais seulement des bacilles. Ce seraient les tuberculoses bacillaires sans tubercules.

b) Les tuberculoses aiguës granuliques (granulie d'Empis).

Dans cette forme, la tuberculose se présente en clinique comme une fièvre typhoïde. Au point de vue de la marche, on peut diviser cette forme en deux variétés : la forme typhoïde simple et la forme typhoïde atténuée.

2° Tuberculoses infantiles généralisées à marche aiguë, à localisation broncho-pulmonaire.

Ce sont ces tuberculoses que, par convention avec les co-rapporteurs, je devrai étudier spécialement. Je montrerai qu'elles sont le plus souvent mixtes, en raison de la généralisation des tubercules dans le parenchyme pulmonaire.

Pour la facilité de la description et de l'étude clinique, on peut diviser ce groupe des tuberculoses aiguës broncho-pulmonaires en : *a*) forme bronchitique ; *b*) forme suffocante ou asthmatique ; *c*) forme broncho-pneumonique ; *d*) forme spléno-pneumonique ; *e*) forme pleurétique ;

3° Tuberculoses infantiles à marche lente (phtisie pulmonaire commune).

Ces tuberculoses se rapprochent de celles des adultes par leur marche lente : elles en diffèrent par leur tendance à la généralisation à la dernière période de la maladie.

Dans ce groupe, une forme a été bien individualisée par Marfan sous le nom de tuberculose généralisée chronique apyrétique des nourrissons et des enfants du premier âge.

Une autre est la phtisie ulcéreuse à marche lente (rare dans l'enfance), où elle présente certains caractères spéciaux tant au point de vue des symptômes pulmonaires que des symptômes généraux.

Dans ce groupe, on devra encore étudier la phtisie ganglionnaire (adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse).

Au point de vue de l'étiologie, rappelons l'importance étiologique de quelques maladies infectieuses : rougeole, coqueluche.

Un seul procédé de diagnostic comporte une certitude absolue : c'est la constatation des bacilles dans l'expectoration. La recherche des bacilles dans les crachats a été faite par Kossel, Epstein, etc. Elle a été rendue pratique par le procédé de Meunier.

Les autres procédés de diagnostic n'ont pas la même valeur, mais peuvent donner d'utiles renseignements.

Telle est la constatation de la micro-polyadénie de Legroux. A ce propos, on rappellera que Lesage et Pascal ont décrit une tuberculose généralisée de tous les ganglions lymphatiques sans participation des viscères.

Les injections de sérum artificiel, auxquelles Hutinel avait attaché une certaine valeur, peuvent provoquer des élévations de température, même chez les sujets non tuberculeux (Debove, Blache).

Les injections de tuberculine donnent le plus souvent une réaction importante, mais leur valeur n'est pas absolue.

Les examens radioscopiques et radiographiques donnent peu de résultats chez les enfants (Bertherand).

Le séro-diagnostic (Arloing et Courmont) ne semble pas pouvoir être utilisé jusqu'à présent. »

Gastro-entérite des nourrissons.

Dans les gastro-entérites des nourrissons, dit M. le Dr *Marfan*, le rôle de l'infection est évidemment très important, mais il n'explique pas tout; il y a d'autres éléments à considérer et souvent, même, l'infection n'intervient que secondairement.

La bactériologie n'a pas résolu complètement le problème de l'étiologie et de la pathogénie des gastro-entérites des nourrissous, encore moins celui de leurs formes cliniques. Dans l'étude des causes de ces affections, il ne faut pas négliger les données fournies par l'observation clinique ; il faut, au contraire, recourir d'abord à elles et se servir de la bactériologie pour les éclairer, les contrôler et les grouper. Me plaçant à ce point de vue, je propose de considérer, dans les gastro-entérites des nourrissons, des causes prédisposantes, des causes efficientes et des causes indirectes.

I. Le nourrisson est particulièrement *prédisposé* à la gastro-entérite, qui est le principal facteur de l'énorme mortalité du premier âge. Cette prédisposition tient à ce que l'enfant naît avec un tube digestif inachevé, capable de digérer seulement un aliment spécial préparé par la nature, le lait, et d'ailleurs mal défendu contre l'infection et l'intoxication.

II. Quant aux causes efficientes, les gastro-entérites peuvent être divisées en quatre groupes.

A. Les *gastro-entérites dyspeptiques* résultent d'une élaboration vicieuse de la matière alimentaire, soit parce que l'enfant a été suralimenté avec l'aliment normal, le lait, soit parce qu'il a reçu trop tôt ou avec excès ou sans discernement des aliments autres que le lait : d'où résultent deux variétés de gastro-entérites dyspeptiques ; par *suralimentation*; par *ablactation prématurée ou mal dirigée.* Dans les deux cas, la gastro-entérite semble liée au développement d'une intoxication et d'une infection endogènes.

B. Les *gastro-entérites infectieuses primitives* (infections ectogènes) succèdent à l'introduction de microbes pathogènes dans le tube digestif par la voie buccale. Le lait de vache est la principale source de ces infections. Parmi les microbes qu'il renferme, on a incriminé, comme causes de gastro-entérites, certaines races de B. coli, de B. protéolytiques et de streptocoques. La pratique de la stérilisation du lait, issue de ces données, a donné d'excellents résultats.

Dans l'allaitement maternel, les suppurations de la mamelle peuvent être l'origine de gastro-entérites à staphylocoques ou à streptocoques.

Dans les agglomérations de nourrissons (crèches, hôpitaux), il y a d'autres sources d'infection que le lait ; la contagion d'un enfant sain par un enfant diarrhéique peut s'exercer par les mains des infirmières, les tétines, les biberons, l'eau des bains, les thermomètres, peut-être par les poussières de l'atmosphère. Dans ces cas, on peut rencontrer soit un des trois microbes indiqués, soit le B. pyocyanique, soit les staphylocoques.

Au moment de l'ablactation, l'eau, la viande et les autres aliments peuvent devenir le véhicule de l'infection gastro-intestinale ; on a accusé l'eau d'avoir transmis des infections à protozoaires, et la viande des infections à *proteus vulgaris.*

C. Les *gastro-entérites toxiques primitives* (intoxication ectogène) résultent de la pénétration dans le tube digestif par la voie buccale d'une substance chimique toxique.

Les empoisonnements par les caustiques sont très rares dans la première enfance ; les empoisonnements par les médicaments, surtout par le calomel, sont plus fréquents. C'est le lait qui est la source ordinaire de l'intoxication. Il peut renfermer des produits toxiques provenant des aliments, des médicaments ou des maladies de la nourrice ou de la femelle laitière. En cas d'allaitement artificiel, le lait de vache peut renfermer des poisons introduits par fraude ; il peut renfermer des toxines issues de la fermentation après la traite, et des faits cliniques me portent à penser que, parmi ces toxines, il en est que la stérilisation ne détruit pas. Lorsque, entre le moment de la traite et celui de la stérilisation, l'intervalle est trop grand, les microbes ont le temps de pulluler activement, surtout pendant l'été, et s'il est vrai, comme je le crois, qu'ils élaborent quelquefois des toxines que la chaleur ne détruit pas, la stérilisatiou, faite trop tard, ne donne aucune sécurité. Cette hypothèse me paraît éclairer l'origine des diarrhées d'été, particulièrement du choléra infantile.

D. Les *gastro-entérites secondaires* succèdent à diverses maladies. — Celles des trois groupes précédents peuvent être appelées primitives, parce que le premier acte morbide se passe dans le tube digestif ; dans les formes secondaires, le premier acte morbide se passe en dehors du tube digestif. Dans le jeune âge, les diarrhées secondaires s'observent surtout dans la rougeole, la grippe, la diphtérie, les infections staphylococciques et streptococciques, les cachexies syphilitique et tuberculeuse, enfin au cours de toutes les infections des voies respiratoires (coryza, stomatite, adénoïdite, otite moyenne, angine, bronchite, broncho-pneumonie, pneumonie lobaire). Elles sont dues sans doute : 1° soit à l'élimination de microbes ou de poisons par la muqueuse gastro-intestinale ou par la bile ; 2° soit à l'affaiblissement des sucs digestifs, à la dyspepsie et à la toxi-infection endogène qui en résultent ; 3° soit à la déglutition des produits septiques venus des voies respiratoires.

III. L'action des quatre causes efficientes que nous venons d'énumérer peut être favorisée par des influences éloignées : les chaleurs de l'été, le refroidissement, la dentition.

L'influence des *chaleurs de l'été* sur les gastro-entérites des nourrissons est une des mieux établies ; la fréquence et la gravité des diarrhées s'accroissent dans d'énormes proportions pendant la saison chaude. Le choléra infantile est la plus typique de ces diarrhées d'été. Le mode d'action de la chaleur paraît assez complexe ; on peut invoquer: l'altération des sécrétions digestives par l'action de la chaleur extérieure, altération qui provoque une toxi-infection endogène ; la pullulation beaucoup

plus active des microbes du lait de vache sous l'influence des hautes températures; enfin et surtout l'élaboration par les microbes de toxines que la stérilisation ne détruit pas sûrement.

L'influence du refroidissement et surtout celle de la dentition sont très discutées; ceux qui admettent cette influence pensent que ces deux facteurs agissent en favorisant une toxi-infection endogène par le trouble qu'ils apportent dans les sécrétions et la circulation de l'appareil digestif.

Stérilisation du lait et emploi du lait stérilisé.

Retenons les principes que M. le Dr *Johanessen*, de Christiania, a nettement formulés :

1° Pour stériliser complètement le lait par l'ébullition, à la pression ordinaire, il est nécessaire que la cuisson dure plusieurs heures. Mais à la suite le lait présente de telles modifications, qu'il ne peut plus être employé à l'alimentation des nourrissons.

2° Les autres méthodes de stérilisation, ou bien ont une influence aussi mauvaise sur le lait, ou bien, comme, par exemple, la stérilisation fractionnée, appelée stérilisation de Tyndall, qui n'altère pas le lait, sont inapplicables en pratique.

3° Lorsque l'on fait bouillir le lait quelque temps au bain-marie, dans de petites bouteilles, où la température dépasse à peine 96° C., on arrive bien à détruire les bactéries pathogènes proprement dites, attendu qu'elles ne résistent pas à un chauffage de 70° C. prolongé pendant 10 minutes. Mais il est d'autres bactéries dont les spores ne sont pas tuées. Celles-ci au bout de plus ou moins de temps vont continuer à se développer et vont déterminer dans le lait des modifications pouvant entraîner la formation de toxines qui ne sont pas sans danger pour l'enfant.

4° Même en employant le procédé de chauffage indiqué dans le paragraphe 3, il est vraisemblable que le lait doit subir des modifications chimiques qui ne peuvent pas être sans importance pour la santé de l'enfant.

5° Pour toutes ces raisons, il est vraisemblable que la meilleure méthode de traiter le lait est la pasteurisation à une température d'environ 70° C. Par ce moyen, les bactéries pathogènes sont détruites sans qu'il en résulte des modifications dans la composition chimique du lait.

6° Le manque de soins apporté dans le traitement du lait influe sur sa conservation. Un lait qui, par suite des impuretés ainsi introduites, présente des altérations dans sa composition chimique, n'est pas amélioré par l'ébullition, pas davantage qu'un lait falsifié ou provenant de vaches mal nourries ne peut devenir un bon aliment.

7° Le moyen rationnel de donner le lait aux nourrissons serait d'obtenir par les Commissions d'hygiène le contrôle des animaux et des premiers soins donnés au lait dans le but d'avoir un lait contenant dès le début le minimum de germes possible.

A cela il faudrait ajouter la pasteurisation, en s'efforçant d'employer la plus basse température possible. A la suite de la pasteurisation, le lait doit être exposé à une température inférieure à 18° et consommé dans les 12 heures, suivant la proposition de Flügge.

8° Le lait du commerce est en général un mélange de laits de provenances différentes. Au point de vue de sa composition chimique, c'est un produit plus fixe que le lait de femme, soumis à de grandes variations, tant sous le rapport de la sécrétion quotidienne que sous celui des différentes époques de la lactation.

En employant le lait de vache dans l'alimentation du nourrisson, on s'éloigne des conditions physiologiques du nourrisson au sein, puisque la nourriture reste toujours identique, et c'est là un point qui mérite attention.

OTOLOGIE

Lavage de l'oreille

(*Suite, voir le numéro* 32.)

B. — Lavage de la caisse

La caisse est accessible au lavage par le conduit ou par la trompe. Une condition est nécessaire à la réalisation de ce lavage, c'est que la membrane du tympan présente une perforation qui permette dans le premier cas l'entrée du liquide, dans le second sa sortie.

I.— Lavage par le conduit.

1° *Avec la seringue ordinaire.* — S'il existe une très large perforation et mieux encore si la membrane est complètement détruite, le liquide injecté dans le conduit par le procédé décrit ci-dessus, pénètre dans la caisse et on opère le lavage ; mais ce lavage n'est que superficiel et le plus souvent incomplet, le courant d'eau allant rarement baigner les parties supérieures de la caisse, les plus anfractueuses et les plus difficilement accessibles.

2° *Avec la canule de Hartmann.* — Lorsque la perforation de la membrane est trop étroite pour que le liquide injecté dans le conduit pénètre aisément dans la caisse et surtout lorsqu'il est nécessaire de faire un lavage soigneux des régions supérieures de la caisse, lorsqu'il s'agit de débarrasser l'attique ou l'aditus de sécrétions concrètes ou de produits cholestéatomateux, il faut porter ce liquide directement dans la caisse à l'aide d'une canule spéciale, dite canule tympanique ou *canule de Hartmann*.

Cette canule consiste en un tube de deux ou trois millimètres d'épaisseur, de huit à neuf centimètres de longueur recourbé en sens inversé à ses deux extrémités. L'extrémité destinée à être introduite dans la caisse est coudée par en haut à angle droit sur une étendue de 1 millimètre seulement : l'autre extrémité est courbée à angle obtus par en bas sur une étendue de 2 centimètres ; elle se termine par un renflement auquel on adapte un tube de caoutchouc de 20 à 30 centimètres de longueur qui sera fixé d'autre part à l'ajutage d'un injecteur Il importe que le tube de caoutchouc soit aussi mince et aussi léger que possible afin de ne pas entraver le maniement de la canule.

L'introduction de l'instrument exige une grande légèreté de main et une certaine expérience de la pratique otologique : elle ne peut se faire à l'aveugle sous peine de blesser les parois du conduit et, ce qui est beaucoup plus grave, les organes ou les parois de la caisse. Le danger de ces blessures est d'autant plus grand que les restes de la membrane et les parois de la caisse sont plus sensibles : or si, chez quelques malades, la sensibilité de ces organes est réduite au minimum au point que l'on peut y promener l'extrémité d'un stylet sans provoquer une réaction douloureuse, chez la plupart elle est exquise et le moindre contact avec l'extrémité de la canule détermine l'explosion d'une vive douleur : de là des mouvements involontaires plus ou moins violents et brusques qui exposent le malade à se blesser lui-même contre l'extrémité de l'instrument. Dans les cas où cette sensibilité est très vive, il convient, avant d'introduire la

canule, d'instiller dans l'oreille et d'y laisser séjourner pendant 8 à 10 minutes quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au 10e.

L'introduction de la canule se fait sous le contrôle de la vue avec le secours du spéculum et du miroir frontal. On peut décomposer la manœuvre en trois temps.

1er *temps*.— La canule, tenue entre le pouce et l'index de la main droite, est introduite, le coude tympanique tourné en haut, jusqu'au voisinage de la membrane ;

2e *temps*. — On lui fait franchir la perforation et on la fait pénétrer dans la caisse ;

3e *temps*. — On dirige son orifice tympanique vers la région de la caise qu'il s'agit d'irriguer ; en général c'est la paroi supérieure ou postéro-supérieure : dans le premier cas, la canule se trouve d'emblée en bonne position, car le jet qui s'en échappera se dirigera directement vers le toit de la caisse ; on peut cependant donner plus de précision et plus d'efficacité à ce jet en abaissant la main droite de façon à faire exécuter à la canule un léger mouvement de bascule qui relève son extrémité tympanique. Lorsque la perforation est élevée, en particulier lorsqu'il s'agit d'une perforation de la membrane de Shrapnell, la partie recourbée de l'instrument pénètre ainsi derrière le murde la log e tte et vient s'ouvrir en pleine attique : c'est cette situation qu'il faut s'efforcer de donner à la sonde

Pour irriguer la région postéro supérieure de la caisse et l'aditus ad autrum, il convient de faire exécuter à la canule un mouvement de rotation d'un cinquième de cercle sur elle-même, mouvement qui porte l'extrémité proximale de la sonde en bas et en avant et l'extrémité distale en haut et en arrière. Lorsque l'aditus est suffisamment large, on peut arriver à faire pénétrer le liquide dans l'antre lui-même et à en ramener des sécrétions ou amas cholestéatomateux.

La canule étant convenablement placée, il reste à pousser l'injection. Deux cas se présentent :

1° On dispose d'un aide : aucune difficulté ; sans que l'opérateur ait à déplacer ses mains, dont l'une fixe le spéculum et l'autre la canule, l'aide adapte le tube de caoutchouc à une seringue préalablement remplie et pousse le piston avec une force modérée.

2° On opère seul. La nécessité de n'imprimer à la canule aucun mouvement pendant l'injection sous peine de provoquer une vive douleur et un mouvement intempestif du malade rend l'opération très délicate ; il est bon que la tête du patient ait un point d'appui, afin d'éviter toute oscillation involontaire.

La main droite ne quitte pas la canule qu'elle maintient en place ; elle-même prend un point d'appui sur la joue du malade par l'intermédiaire des deux ou trois derniers doigts, de façon à suivre les mouvements dont pourrait être animée la tête du sujet.

La main gauche, par contre, abandonnant à lui-même le spéculum, engagé dans le conduit, recouvre sa liberté et saisit la seringue préalablement remplie et placée à portée. Cette seringue doit être reliée à la canule, avant l'introduction de celle-ci, par un tube en caoutchouc de longueur suffisante. Les mouvements de la main gauche ne doivent en aucun cas se transmettre à la droite qui doit rester fixe et immobile. S'il est nécessaire de remplir de nouveau la seringue, il faut retirer la canule afin de rendre leur liberté aux deux mains : on la remet en place une fois la seringue remplie.

Il est possible d'éviter ces manœuvres répétées en se servant comme appareil injecteur d'un flacon de 300 à 400 grammes muni de deux tubulures : à l'une d'elles on adapte le tube en caoutchouc qu'on fait plonger jusqu'au fond et qu'on fixe d'autre part à la canule, l'autre est reliée à une double soufflerie en caoutchouc : l'appareil fonctionne à la facon d'un pulvérisateur ; le médecin le place dans sa poche de côté : il fait ainsi passer tout le contenu du flacon par la caisse sans avoir à déplacer la canule.

Quelle que soit la méthode employée, le liquide est reçu au sortir de l'oreille dans un plateau tenu au-dessous du pavillon par le malade lui-même ou par un aide.

Une fois le lavage terminé, on retire la canule en lui faisant suivre exactement le même chemin que lors de son introduction. Le lavage doit être suivi d'un séchage soigneux (voir nettoyage à sec).

II. *Lavage par la trompe.*

Cette méthode a pour but de faire passer dans la caisse un courant de liquide qui, pénétrant dans celle-ci par l'orifice interne de la trompe d'Eustache, situé sur un point assez élevé de la paroi antérieure de la caisse, en sorte par une perforation de la membrane, après avoir irrigué l'attique et toute la cavité tympanique.

Deux conditions sont nécessaires, indispensables, pour que ce lavage puisse être fait avec profit et sans inconvénient : 1° la trompe doit être *très perméable* ; 2° le liquide injecté dans la caisse doit pouvoir aisément sortir par le conduit : il faut pour cela que la membrane présente une *perforation de dimensions* suffisantes et largement ouverte. Si la perforation est trop petite, il faut d'abord l'agrandir ; si elle est obstruée par des productions polypeuses, il convient d'enlever celles-ci.

Instruments nécessaires. — Préparez : 1° un litre environ d'eau boriquée stérilisée à 35° ; 2° un cathéter du plus gros calibre possible, c'est-à-dire aussi gros que le comporte le diamètre de la fosse nasale dans lequel il va être introduit, et à bec très coudé de façon à pouvoir être enfoncé très avant dans le pavillon tubaire ; 3° une poire de Politzer ; 4° un otoscope ; 5° une seringue stérilisable dont l'embout devra s'adapter parfaitement au pavillon du cathéther ; 6° deux bassins réniformes, l'un petit, l'autre plus grand ; 7° une alèze.

Technique. — Le malade est assis sur une chaise. Commencez par cocaïner la fosse nasale correspondante à l'oreille atteinte : à cet effet, placez sur le cornet inférieur et laissez-y à demeure pendant cinq minutes un tampon de coton imbibé d'une solution de cocaïne à 1/20 ; faites pencher la tête en arrière et de côté pour que l'excès de solution vienne baigner le pavillon tubaire et y pénètre au besoin par capillarité. Garnissez le malade avec l'alèze et faites-lui tenir le grand bassin sous son menton, le petit sous son oreille.

Ces préparatifs faits, procédez à l'opération qui comprend trois temps :

Premier temps. — *Introduction d'un cathéter dans l'orifice pharyngien de la trompe.* — C'est un simple cathétérisme. Il faut introduire la sonde à fond dans la trompe : on facilite cette pénétration en faisant faire à plusieurs reprises l'expérience de Toynbee. On s'assure que la sonde est convenablement placée en donnant une douche d'air, l'otoscope à l'oreille ; dès que l'expérience est concluante, on retire l'otoscope.

Deuxième temps. — *Adaptation de la seringue au cathéter.* — Le cathéter étant fixé par la main gauche, on saisit de la main droite la seringue préparée et remplie à l'avance, et on engage son extrémité effilée dans le pavillon de la sonde. Pour mieux assurer l'étanchéité de ce raccord, on peut munir l'embout de la seringue d'un fin tube de caoutchouc.

Troisième temps. — *Injection.* — Il ne faut pousser le piston de la seringue ni trop mollement ni trop énergiquement : l'usage apprend la pression qu'il est nécessaire de donner au liquide pour que celui-ci passe dans la caisse sans refluer en trop grande abondance dans le pharynx.

Quoi qu'on fasse en effet, une certaine quantité de liquide reflue toujours entre le bec de la sonde et les parois de l'orifice tubaire qui ne saurait être obstrué hermétiquement par le cathéter ; le reflux est cependant d'autant moindre que la sonde est plus profondément introduite dans la trompe. Le liquide s'écoule par le nez ou tombe dans le pharynx et, dans certains cas, est aspiré dans le larynx. De là un accès de toux ou de suffocation qui oblige à interrompre le lavage. Pour éviter cet accident, recommandez au malade de ne pas respirer pendant la durée de l'injection ; afin de faciliter cette suspension momentanée de la respiration, conseillez-lui de faire une inspiration profonde immédiatement avant l'injection, et de n'expirer qu'une fois celle-ci achevée. Cette précaution est inutile chez certains malades qui savent, pendant l'injection, maintenir leur voile fortement relevé tout en respirant tranquillement par la bouche : le liquide qui reflue dans le pharynx nasal s'écoule alors en totalité par les narines et est recueilli dans le bassin que le malade tient à cet effet sous son menton.

De toutes façons il est bon de s'interrompre très souvent pour permettre au malade de cracher et de respirer : on doit d'ailleurs chercher à établir un véritable synchronisme entre les poussées d'injection et les mouvements respiratoires.

La quantité de liquide qui s'écoule par le conduit est relativement minime ; dans la majorité des cas il ne sort que quelques gouttes ou un mince filet de liquide.

C. — ACCIDENTS DU LAVAGE.

Quelle que soit la voie par laquelle le liquide est injecté dans l'oreille, le malade est susceptible d'éprouver pendant et parfois encore après le lavage une série de troubles qui peuvent obliger à suspendre l'opération. Ce sont :

1° Des *accidents réflexes* dans le domaine du *pneumogastrique* tels que de la toux, des nausées, des vomissements, une sensation de défaillance pouvant aller jusqu'à la syncope, qui s'expliquent par la propagation aux autres branches du pneumogastrique de l'excitation du rameau auriculaire de ce nerf ;

2° Des *vertiges* avec ou sans nausées. Si le malade est debout, le vertige d'ordinaire accompagné de troubles de l'équilibre, peut entraîner la chute à terre. Ces accidents vertigineux sont attribuables soit à une élévation de la pression intralabyrinthique due à l'enfoncement des fenêtres ovale ou ronde déprimées par le choc du liquide, soit plus simplement à l'excitation des nerfs sensibles du conduit et de la caisse, excitation transmise par voie réflexe aux centres encéphaliques de l'équilibre ;

3° Des *bruits subjectifs*, bourdonnements, sifflements, tintements avec ou sans diminution de l'ouïe ;

4° Des *troubles oculaires*, sensitifs ou moteurs, en particulier du nystagmus, reconnaissant une pathogénie analogue à celle du vertige ;

5° Des *phénomènes convulsifs*, très rares, et qu'on peut rapprocher des crises d'épilepsie réflexe ;

6° Le *passage du liquide dans la gorge* ou son reflux par le nez, indice certain d'une perforation tympanale quand l'injection est faite par le conduit ;

7° Un *écoulement de sang* par le conduit, sans que celui-ci ait été blessé ; ce n'est le plus souvent qu'un suintement sanguin. Il trahit l'existence de granulations ou de polypes, dont les vaisseaux, superficiels et fragiles, se rompent sous le choc du jet liquide.

La plupart de ces troubles, mécaniques ou nerveux, sont passagers et cessent dès qu'on suspend l'injection. Parmi les accidents nerveux cependant, il en est qui peuvent survivre à leur cause première : tels sont les bruits subjectifs, les vertiges, les troubles oculaires que l'on a vu dans quelques cas persister pendant plusieurs semaines après l'injection.

Peut-on éviter ces accidents ? Oui, mais seulement dans une certaine mesure. Leur prophylaxie se déduit de leur pathogénie ; or à cet égard on peut les diviser en deux grands groupes : les uns relèvent de conditions particulières présentées par le malade et sur lesquelles nous n'avons pas d'action, les autres sont imputables uniquement à l'opérateur.

A. *Causes inhérentes au malade.* — Elles sont de deux ordres. Ce sont :

1° La *susceptibilité individuelle* qui fait que, toutes les autres conditions étant égales, tel malade éprouve à chaque injection des vertiges, des bourdonnements, des lipothymies, alors que tel autre en reste constamment indemne. La névropathie joue ici fréquemment un rôle.

2° Les *caractères des lésions auriculaires*, en particulier leur siège et les dimensions de la perforation.

a. C'est un fait d'observation que les lésions de l'attique favorisent la production de vertiges ou de bourdonnements au cours des injections. Les lésions destructives de la paroi interne de la caisse, qui établissent une communication entre elle et le labyrinthe, ont le même privilège : l'existence de ces lésions n'est d'ailleurs pas une contre-indication aux lavages, elle doit seulement rendre prudent dans l'administration des injections.

b. Une vaste destruction de la membrane avec béance de l'orifice tympanique de la trompe per-

met le passage du liquide de la caisse dans le pharynx nasal, même sans que ce liquide soit soumis à aucune pression : c'est ce qui arrive parfois avec les solutions médicamenteuses instillées dans l'oreille moyenne ; une injection rend ce passage encore plus aisé. On pourra atténuer, sinon supprimer, cet inconvénient en faisant pencher fortement la tête du côté lavé pendant l'irrigation.

B. *Causes inhérentes à l'opérateur.* — Elles se résument dans l'emploi d'une pression trop élevée, ou d'un liquide trop chaud ou trop froid.

a. L'*excès de pression* est nuisible surtout lorsqu'il est brusque ; de là la nécessité de tâter la susceptibilité du sujet en commençant par une pression modérée qu'on élève ensuite lentement et progressivement pour revenir à une pression plus douce dès que le malade accuse quelque trouble. D'ailleurs, à part quelques cas spéciaux (corps étrangers, cérumen dur, etc.), il est rarement nécessaire de déployer une grande force : en général il est plus utile de diriger le jet exactement dans l'axe du conduit préalablement redressé, ce qu'on obtient difficilement des opérateurs inexpérimentés, que de pousser le piston de la seringue avec énergie. Lorsqu'il existe des concrétions adhérentes, que ne détache pas le courant liquide, ce n'est pas en augmentant outre mesure la force du jet qu'il faut chercher à les mobiliser : il faut aller les détacher avec l'extrémité d'un stylet garni de coton ; elles sont alors aisément entraînées par une nouvelle irrigation.

2° Le degré de *température* du liquide exerce, chez certains malades tout au moins, une influence déterminante capitale sur les troubles nerveux qu'ils accusent : ces troubles résulteraient de la transmission aux centres supérieurs de l'excitation thermique des rameaux nerveux du conduit ou de la caisse. Cette hypothèse est d'autant plus soutenable que ces mêmes sujets, qui ne supportent pas une injection trop chaude ou trop froide, sont parfois à même de tolérer sans aucun inconvénient une injection de température convenable faite sous une pression exagérée. De là la nécessité de se servir d'un liquide ayant à peu près la température du corps.

Lorsque, en dépit des précautions prises, le malade accuse au cours du lavage du vertige ou des bourdonnements, il faut l'engager à fermer les yeux et suspendre un instant l'injection ; une fois celle-ci achevée, faites-le rester assis pendant deux ou trois minutes encore et défendez-lui de se lever brusquement. Un moyen simple et efficace de faire immédiatement cesser le vertige provoqué par une injection consiste à pratiquer la *raréfaction d'air dans le conduit.* Rien de plus simple comme technique. Prendre une poire de Politzer sans soupape ; videz-là ; adaptez son olive terminale hermétiquement au méat : et laissez la poire se regonfler lentement.

Si malgré la plus grande prudence, les accidents se reproduisent à chaque lavage, substituez à l'ajutage ordinaire de la seringue un embout à perforations latérales multiples par lesquelles le liquide rayonne en divers sens, de façon que le jet soit fractionné et ne vienne pas frapper directement la membrane ou le promontoire ; ou bien encore essayez de faire un lavage à l'aide d'un pulvérisateur à soufflerie en caoutchouc. Si ces moyens sont insuffisants faites-les suivre d'un nettoyage à sec.

M. Boulay.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Hommage à MM. les Drs Cézilly et Gassot.

MM. les docteurs Fleur, de Montereau (Seine-et-Marne) ; Gennatas, de Oued-Athménia (Constantine) : Manouvriez, de Valenciennes (Nord) ; Gouas, de La Croix-Saint-Leuffroy (Eure) ; Dubois, de Saint-Victor-l'Abbaye (Seine-Inférieure); Dunogier, de Paris ; de Font-Réaulx, de Saint-Junien (Haute-Vienne) ; Moreau, de Versailles (Seine-et-Oise) ; Garcin, de Thorame-Haute (Basses-Alpes) ; Gouez, de Plougastel-Daoulas (Finistère) ; Pellot, d'Epernay (Marne) ; Bernard, de Roubaix (Nord) ; Balanda, de Prades (Pyrénées-Orientales) ; Richard, de Guémené-sur-Scorf (Morbihan) ; Lernon, de Chilleurs-aux-Bois (Loiret).

Total des sommes reçues à ce jour : **2.289** *francs.*

L'encombrement médical.

La Selle-sur-Bied (Loiret).

Monsieur le Directeur,

Le corps médical est unanime à se plaindre de l'encombrement de la profession.

Ses plaintes et ses appréhensions sont fondées ; mais, nous devons avouer que toutes les carrières sont encombrées et depuis longtemps.

Et cela tient tout simplement à ce que l'instruction est largement et gratuitement répandue.

Avant 1870, nous n'avions que trois Facultés et quelques écoles de médecine. Aujourd'hui, les Facultés sont beaucoup trop nombreuses. Les jeunes gens font en province des études économiques (soit par la suppression des frais de voyage, soit par la vie à meilleur marché) ; puis, tous leurs examens passés, sous l'œil paternel de leurs professeurs, ils vont à Paris soutenir une thèse quelconque et signent : Dr X..., de la Faculté de Paris.

Ce qui est une supercherie !...

A mon avis, il y aurait lieu de réduire le nombre des Facultés, le ramener à trois ; puis supprimer plusieurs écoles de médecine, surtout celles qui comptent à peu près autant de professeurs que d'élèves.

— Supprimer le volontariat ou service d'un an, me paraît d'une efficacité douteuse.

Avant 1870, quelques jeunes gens, entraient dans les ordres ou dans l'enseignement, parce qu'ils redoutaient le service militaire de sept ans.

Depuis que le cri : Les curés sac au dos ! a englobé les instituteurs, le nombre des aspirants n'a pas diminué dans ces professions-là... (1).

Notre profession envahie, il y a 35 ans, par les Polonais, l'est actuellement par les Slaves.

Avons-nous le droit, nous qui sommes, presque tous, liberaux, républicains, ou socialistes !... de nous opposer à cet envahissement ?

Non !...

(1) Nous ne garantissons pas l'exactitude de cette constatation.

Liberté absolue ; confraternité ; mais égalité devant les examens !

Exiger des étrangers, comme des Français, le baccalauréat ès-lettres et ès-sciences, inscriptions et examens réglementaires ; augmentation des frais d'études et des droits d'examen.

Impartialité des examinateurs ! Je dois rappeler que les élèves médiocres de la Faculté de Montpellier cherchaient à subir les examens de doctorat en compagnie d'un Polonais ou d'un médecin de marine. On était toujours reçu dans ces conditions-là !...

Empêcherez-vous un étranger reçu docteur, dans ces conditions, d'exercer en France ? Non, ce ne serait pas libéral ; mais il sera tenu de se faire naturaliser français et de passer un an ou deux sous les drapeaux !

Quant à vouloir faire de nous des fonctionnaires, à limiter notre nombre, à déclarer que telle ville aura deux médecins ; telle autre quatre ; c'est absurde.

Vouloir forcer un médecin à ne plus exercer après 65 ans d'âge !... ce n'est ni pratique, ni rationnel...

On dit : la médecine ne nourrit plus ses ministres !... Mais les députés eux-mêmes trouvent insuffisante leur indemnité de neuf mille francs !

A cela, un seul remède : augmenter nos prix ou diminuer nos dépenses !...

Les syndicats ont fait faire un pas (mais bien petit) à notre solidarité professionnelle. Dire qu'on prend à nos réunions un bain d'indifférence est un peu exagéré — mais on s'en dégoûte, parce que, dans tout syndicat, quel qu'il soit, il y a au moins deux partis.

Un, le parti des sages ou des satisfaits, trouve que ce qu'on a déjà fait est bien et intangible.

L'autre, composé de jeunes ou de nouveaux venus, trouve que tout n'est pas pour le mieux ; il demande des réformes, l'accession aux fonctions salariées : médecine légale ; cantonale ; assistance publique, etc. Certains désireraient même que les palmes académiques leur fussent plus largement distribuées.

En somme, les syndicats n'ont pas encore produit tout ce qu'ils pourraient donner. Ils ont bien essayé d'améliorer nos tarifs ; mais ils n'ont pu les imposer aux adhérents.

Il est très facile de décréter qu'on prendra : 1 franc par kilomètre ; mais on ne tarde pas à s'apercevoir que le voisin qui prend effectivement 4 francs pour un hameau distant de 4 kilomètres de sa résidence, en demande 7 pour un hameau sis à onze ou douze kilomètres, parce qu'il a un concurrent ou un confrère tout voisin de ce hameau.

Organiser le syndicat forcé, avec des pénalités diverses ; cela non plus n'est pas la liberté !...

D'un autre côté, vouloir qu'un modeste praticien rural exige les mêmes honoraires que le professeur X... n'est pas pratique.

Il y a bien des difficultes à aplanir ; certains remèdes peuvent être apportés aux malaises de notre profession ; nous arriverons par la patience qui n'exclut pas la persévérance ; par l'union et par la solidarité. Je laisse à de plus autorisés le soin de travailler à répandre parmi nous, les idées de concorde et de solidarité professionnelles.

Dr Guionnet.

La saisissabilité du cheval et de la voiture du médecin.

Tout le monde a pu lire dans les journaux l'exposé de ce triste cas de jurisprudence : le cheval et la voiture du médecin sont-ils saisissables ?

Pour qu'une telle question devienne actuelle, il faut que la pauvreté et la détresse du médecin prennent elles-mêmes une actualité attristante. Le cheval et la voiture d'un de nos confrères ont été saisis. Il s'est trouvé un huissier au cœur de granit pour faire cette opération. Peut-être le médecin, ainsi dépouillé, avait-il dépensé son temps et sa peine au chevet des enfants de cet huissier. Ça, c'est une hypothèse, mais cette hypothèse ne présente pas les stigmates de l'impossibilité. Tout se voit. Les juges qui ont prononcé l'arrêt l'ont peut-être regretté s'ils ont eu besoin, dans la nuit suivante, des secours du médecin qu'ils ont mis à pied. Cependant ces juges habitent la ville de Caen, où le corps médical est nombreux. Cela explique leur férocité. Croyez que leur jugement eût été différent s'ils avaient eu besoin des secours de leur victime. Quand ils sont personnellement en présence de la maladie, les magistrats se transforment en des hommes ordinaires, ils dépouillent la robe solennelle, prennent, en échange, la *frousse* (s'il est permis de s'exprimer ainsi), et, pour un peu, ils se moqueraient des lois, des plus justes lois.

Quoi qu'il en soit, la pauvreté du médecin est pour nous un spectacle affligeant, surtout quand elle se traduit par la saisie judiciaire de son modeste mobilier. Et ce malheur arrive après que le pauvre diable s'est laissé dire tous les jours par ses odieux clients : « Ah ! Monsieur le docteur, vous faites bien facilement fortune ! Vous n'avez qu'à écrire quelques lignes d'ordonnance pour vous enrichir ! »

N'insistons pas, et laissons tout de suite de côté ces considérations, car nous serions bientôt entraîné, par indignation, à proférer des invectives dont la violence paraîtrait incorrecte et même indécente dans ce journal paisible.

La pauvreté, chez nos confrères, se présente sous des aspects divers. Il y a la pauvreté volontaire et celle qui ne l'est pas. Il y a, trop souvent, celle qui se cache sous des dehors et des décors fictifs : pour inspirer confiance, il faut paraître riche ! Si vous laissiez voir votre misère, on ne vous respecterait guère et on ne vous payerait pas du tout.

Cependant les coutumes les plus différentes se voient dans notre chère confrérie.

Un jour, nous étions appelé à donner des soins à un confrère riche, très influent dans sa région ; c'était un personnage et il voulait avant tout être un personnage. Telle était son ambition, assez noble en somme et purement morale. Il habitait un important domaine et jouait effectivement le rôle d'un petit seigneur campagnard. Grande fut notre stupéfaction quand nous fûmes admis dans son intimité, par la force des choses. Sa chambre était celle d'un ascète. Elle était complètement nue. Avez-vous vu, par hasard, une chambre de jésuite ? Non, sans doute, car vos opinions politiques ne vous permettent pas cette licence. Mais nous, qui n'avons pas de préjugés et qui, comme journaliste, avons le devoir de tout connaître, nous avons vu des

chambres de jésuites. Elles sont très austères et n'ont que le mobilier strictement nécessaire. Eh! bien, la chambre du confrère sus-mentionné était beaucoup plus pauvre encore. On y voyait seulement un mauvais petit grabat et une chaise de paille... et c'était tout, absolument tout. Et il agonisait sur ce grabat, discrètement, sans rien dire, sans secours. Se plaindre, appeler à l'aide, lui eût semblé indécent. Toute cette population, qu'il avait dans la main et qui le prenait pour un dieu, ignorait qu'il agonisât sur une vieille paillasse.

Mais il y a la pauvreté réelle et involontaire.

Un jour, nous étions appelé à donner des soins à un confrère qui se mourait (de pneumonie, comme le précédent). Ce confrère menait une vie active, courait fébrilement la clientèle du matin au soir et du soir au matin. Le public croyait, sans doute, qu'il faisait ainsi fortune. Les clients ne lui donnaient pas sans révolte le pourboire que nous qualifions du nom d'*honoraires*; car c'est révoltant de payer un homme aussi riche.

Cependant nous éprouvâmes une profonde douleur morale quand, par la force des choses, nous fûmes obligé de pénétrer dans l'intimité. Certes, il y avait un cabinet de consultation à peu près décent. Mais, le reste! Vous auriez eu le cœur serré si vous aviez vu le réduit ignoble, misérable, malpropre, infect, où ce malheureux agonisait. Cela nous rappelait nos débuts dans la clientèle du Bureau de bienfaisance.

Néanmoins, jamais encore nous n'avions vu la saisie du cheval et de la voiture.

Or, d'après les juges de Caen, le médecin ne saurait être assimilé à l'artisan dont parle la loi. « *On ne peut faire rentrer dans l'expression outil, employée par le législateur, le cheval et la voiture d'un médecin, quelle que puisse être, d'ailleurs, leur utilité pour lui...* »

Et le confrère, par ces motifs, perd son procès et est condamné aux dépens.

Si le fond de l'affaire n'était pas aussi triste, nous serions tenté de nous divertir sur la difficulté de faire *rentrer un cheval et une voiture dans l'expression outil*. Il faut appartenir à la magistrature française pour user impunément d'un pareil charabia.

Tout de même, les médecins ne sont pas riches.

(*Gazette médicale de Nantes*).

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Le Dr J. la Bonnardière, professeur à la Faculté Française de Médecine de Beyrouth (Syrie), vient de recevoir la dignité de Commandeur de l'Ordre du Medjidié.

L'Etat et les hygiénistes. — C'était hier, à l'ouverture du Congrès d'hygiène.

M. Brouardel avait retracé, au milieu des applaudissements, le chemin parcouru depuis Pasteur, et montré, par les résultats acquis, le bénéfice que peut retirer un peuple du développement des mesures de protection de la santé publique.

On vit se lever le Premier Ministre qui avait accepté la présidence de la séance d'ouverture. En une harangue concise, il déclara vouloir associer les efforts de l'Etat à ceux des hygiénistes et promit tout le concours officiel.

A lui aussi les applaudissements ne furent pas ménagés.

Mais ne nous berçons pas d'illusions.

Dépend-il en effet d'un ministère, quel qu'il soit, que le concours nécessaire, soit ou non fourni ?

Non, car ce concours nécessaire, c'est celui du budget, des budgets.

Et on saura bien nous dire, quand nous montrerons les dépenses indipensables pour l'application de la loi Roussel, de la loi de 1894, de la loi sur la protection de la santé publique : « La question d'argent ne nous regarde pas, Messieurs. Si vous désirez être payés de vos peines, voyez Parlement, conseils généraux, etc... Notre rôle personnel est fini quand nous avons promulgué la loi à l'Officiel. »

Donc, on va voter la loi sur la protection de la santé publique ; seulement on n'inscrira pas aux budgets les crédits que comporte son application.

Les médecins seront les agents d'exécution des décisions votées, mais comme on négligera de les honorer convenablement ils se montreront peu prodigues de leur temps, de leur zèle, et de tout ce qui leur permet de vivre.

Et la loi n'existera que sur le papier, parce qu'on aura encore volontairement oublié que qui veut la fin veut les moyens.

Un bon billet de plus, que ce discours d'ouverture très applaudi ! A moins qu'il n'y ait enfin quelque chose de changé dans les habitudes gouvernementales.

Ce serait à ne pas y croire.

L'Association internationale de la presse médicale. — Le premier Congrès international de la presse médicale, qui vient de réunir à Paris les directeurs et les rédacteurs des principaux journaux français et étrangers, a eu l'heureuse fortune d'aboutir à un résultat pratique : la fondation d'une Association internationale de la presse médicale, dont MM. les docteurs Posner (de Berlin), Marcel Baudouin et Laborde (de Paris) avaient eu l'idée première à Rome, lors du Congrès international des sciences médicales. Cette Association, créée aujourd'hui en principe, votera son règlement l'année prochaine à Bruxelles ; elle doit comprendre des directeurs et rédacteurs en chef de journaux et des journalistes médicaux de profession.

Il est à souhaiter que tous les Congrès touchant de près à la médecine puissent, chacun dans sa partie, à l'exemple de celui de la presse médicale, réaliser une œuvre durable, afin que les générations nouvelles trouvent dans le Corps médical des éléments de solidarité professionnelle ou de coopération scientifique qui ont presque toujours fait défaut à celles qui les ont précédées.

Concours des hôpitaux (Médecine). — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Bruhl, Renault, Soupault, Fernand Bezançon, Gouget et Macaigne.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4538.— M. le docteur François, de Montfort-le-Rotrou (Sarthe), membre de l'Association des médecins de la Sarthe.

N° 4539. — M. le docteur Cornudet, de la Roche-Bernard (Sarthe), membre de l'Association et du Syndicat des médecins du Morbihan.

N° 4540. — M. le docteur Leduc, de Tourcoing (Nord), membre de l'Association des médecins du Nord.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs les décès de MM. les docteurs Feillet, de Yffiniac (Côtes-du-Nord) et Le Mercier, du Havre (Seine-Inférieure), membres du « Concours médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 35 1er SEPTEMBRE 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les Œuvres de prévoyance du Concours médical.

L'actualité nous oblige aujourd'hui à parler des filiales du Concours. Nous disons donc bien l'*actualité*, parce que des circonstances tout à fait récentes ont dirigé de ce côté les préoccupations du Corps médical.

Ainsi, au Congrès de déontologie et de médecine professionnelle, deux des rapporteurs, MM. Lande (de Bordeaux) et Salomon (de Savigné-l'Evêque), ont été fort applaudis, quand ils nous ont montré que c'était un devoir impérieux, pour le praticien, de chercher la sécurité de son avenir dans la participation à des Caisses de maladie, de retraite, de défense professionnelle, etc.

De même à l'assemblée générale de l'Association, sur l'avis des plus compétents, il vient d'être décidé que les Sociétés locales seraient appelées à opter entre l'adoption de nos Caisses et la création d'organisations similaires.

Or, quelque considérables que soient déjà les services rendus par la *Caisse des Pensions*, l'*Amicale-maladie* le *Sou médical*, quelque justes que soient les données qui ont servi de base à leur fonctionnement, nous avons à cœur de prouver que ces œuvres sont encore perfectibles, qu'elles peuvent s'accommoder, par des retouches, de certaines exigences, telles que le changement du taux de l'argent, les obligations de la nouvelle loi de mutualité, et surtout les indications fournies par l'expérience.

C'est donc une deuxième édition, (soigneusement revue et corrigée), des Œuvres du Concours, que nous allons préparer, sous le contrôle de l'inventaire, pour une application qui se fera l'année prochaine.

Le Conseil du Sou médical examinera, de même, dans ses prochaines réunions, une très intéressante proposition de M. le Dr Secheyron (de Toulouse), qui vise la multiplication du nombre, déjà fort respectable, des adhésions à notre Ligue de défense.

De toutes ces études, il résultera, sans nul doute, un accroissement de solidité et d'utilité des œuvres en question. La propagande en leur faveur en deviendra aussi plus permanente et plus facile. Mais, est-ce à dire que ceux qui se préparent à entrer prochainement dans nos filiales (et les demandes sont nombreuses) ont quelque intérêt à attendre les modifications statutaires possibles ? En aucune façon, *car toute retouche devra s'inspirer de l'égalité des droits et des devoirs entre sociétaires, quelle que soit la date d'admission.* Différer n'aurait donc qu'une conséquence : faire perdre, pendant ce temps, le bénéfice de l'assurance recherchée.

Nous espérons, du reste, être en mesure de soumettre aux Assemblées générales prochaines, l'exposé des petites transformations nécessaires.

Les témoignages de confiance qui viennent d'être accordés publiquement à nos créations, nous font un devoir de redoubler d'activité.

Noblesse oblige.

H. J.

REVUE DU CONGRES DE MEDECINE

A. Chirurgie.

Traitement des plaies infectées.

Par Félix Lejars (de Paris).

C'est là surtout une question pratique. Nulle doctrine ne vaut que par ses applications. Dans ces dernières années, le traitement des plaies infectées a servi de thème à de nombreuses recherches expérimentales et bactériologiques : elles ont fourni des données précieuses, souvent inattendues, parfois contradictoires ; elles exigent toutes le contrôle et la contre-épreuve de l'observation humaine. C'est à cette double source d'information scientifique que nous devons demander une théorie qui se rapproche de plus en plus de la vérité, une pratique de plus en plus efficace et simple.

De fait, la solution est simple ou le deviendra, mais le problème est complexe, et, pour l'étudier utilement, il convient d'établir certaines catégories.

1° *Plaies infectées récentes, dont l'infection ne s'est pas traduite encore par des réactions locales ou générales*. On dirait mieux peut-être : plaies récentes, supposées infectées. Mais cette présomption doit s'étendre, en pratique, à toute plaie accidentelle, et les examens bactériologiques en démontrent le bien fondé ; nous savons que les plaies opératoires elles-mêmes sont loin d'être amicrobiennes. D'autre part, nous n'avons aucun moyen de reconnaître — sur une plaie récente — de quels microbes elle est souillée, quelle est leur virulence et quelle sera leur action ultérieure, et, comme nous en avons acquis la preuve, l'aspect, l'habitus extérieur des foyers traumatiques ne sont pas, sous ce rapport, des éléments suffisants d'appréciation.

Donc, *toute plaie accidentelle doit être traitée comme une plaie infectée*. Quel sera ce traitement ?

Il est avéré que l'absorption virulente, par la surface traumatisée, est presqu'immédiate : cette rapidité d'absorption varie pourtant avec les divers microbes, et, de plus, la dose s'accroît avec la durée de l'imprégnation. Une première conclusion en dérive : la détersion de la plaie devra être *aussi précoce que possible*, pour être efficace, mais, à quelque date que ce soit, elle sera toujours utile.

Or l'expérience a établi : 1° que nous sommes impuissants à détruire tous les germes dans le foyer traumatique ; 2° que *la défense naturelle des tissus vivants* prend une part prépondérante à la lutte contre l'infection.

L'œuvre initiale sera donc, avant tout, une œuvre de *détersion mécanique*, minutieuse et complète, facilitée, s'il le faut, par les débridements et les excisions nécessaires, pratiquée avec le souci d'éviter les infections associées ou secondaires et de respecter l'intégrité des cellules vivantes, que nous devons *aider dans leurs réactions de défense*, rien de plus.

L'eau stérile, le sérum artificiel, les compresses stérilisées, bouillies, répondent entièrement à ces desiderata : ce n'est pas la nature du liquide employé, c'est son mode d'emploi, qui commande les résultats pratiques. Nocives à un titre élevé, les solutions antiseptiques, suffisamment diluées pour ne pas altérer les cellules vivantes, n'auront, en réalité, d'autre effet utile que cette détersion mécanique.

Des conditions *physiques* de même ordre devront être remplies par le pansement : il sera aseptique, absorbant, protecteur, et, ajouterons-nous, immobilisateur, dans la mesure applicable aux diverses régions, et pendant une période variable.

2° *Plaies infectées dont l'infection se traduit par des réactions, locales et générales, plus ou moins accusées.*

Ici encore, deux éventualités sont à distinguer : *a*. Les signes cliniques d'infection sont de date récente, *la plaie ne suppure pas*. — *b*. La plaie est *en pleine suppuration*.

Dans l'un et l'autre cas, la *sérothéraphie spécifique* serait tout indiquée : c'est la méthode scientifique, naturelle, celle de l'avenir. Malheureusement elle n'a pas dépassé encore certaines bornes assez étroites. Nous ne possédons que le sérum antitétanique et le sérum antistreptococcique : le premier ne fournit encore de résultats qu'à titre préventif, le second a été appliqué surtout dans l'infection puerpérale et l'érysipèle. Contre les autres infections microbiennes des plaies, nous n'avons pas de sérum jusqu'ici efficace, et nous sommes désarmés devant les infections associées. C'est donc là tout un côté de la question, et le plus important, qui reste à l'étude.

Le traitement du foyer local n'en est que plus nécessaire ; et, comme dans la première hypothèse, nous devons nous proposer un double but : déterger la surface, toute la surface de la plaie, c'est le rôle de l'intervention première ; favoriser l'exosmose, le drainage continu, sur toute cette surface, et prévenir toute stagnation, toute infection surajoutée, c'est le rôle du pansement.

La besogne de détersion est, là encore, *surtout mécanique*, et l'action du pansement doit être *surtout physique*. Si ces conditions sont bien et dûment remplies (et elles ne sauraient l'être que par une technique très précise et très sévère), nous aurons, dans la mesure qui nous est actuellement possible, soustrait les cellules vivantes à l'agression des agents septiques, sans nuire à leurs réactions de défense, et tels sont les deux termes fondamentaux du problème.

Devant une plaie en pleine suppuration, la méthode rationnelle procède des mêmes principes : la mise en plein air, la mise au net du foyer suppurant, le *drainage total et continu*, assurés d'abord par les incisions ou les débridements nécessaires, et ensuite par les propriétés physiques, absorbantes, au sens complet du mot, des pansements.

Enfin, dans certaines formes putrides et gangreneuses, dans certaines plaies cavitaires, l'*eau oxygénée*, qui paraît agir puissamment sur les anaérobies, devient une précieuse ressource, et la preuve est faite de son efficacité.

3° *Plaies infectées, avec infection générale grave. Septicémies traumatiques*.— Cette fois encore, c'est à la sérothérapie spécifique qu'il faudrait demander les éléments d'une thérapeutique rationnelle, et dont l'action est, d'ailleurs, beaucoup moins certaine qu'aux premiers stades de l'infection. Or, nous ne pouvons guère, à l'heure actuelle, enregistrer que des essais, et le sérum antistreptococcique lui-même n'a été utilisé que rarement dans les septicémies traumatiques : à haute dose, il mérite d'être plus largement expérimenté.

En attendant les solutions pratiques de ce grand problème, nous ne devons pas renoncer au traitement local, à la détersion large, totale, du foyer, réalisée par tous les procédés rationnels, et dont l'efficacité, pour être assez restreinte dans ces infections généralisées, l'est pourtant d'autant moins que l'intervention est plus précoce et plus complète. D'autre part, nous devrons aider, par tous les moyens possibles, la défense naturelle et la résistance vitale de l'organisme, et, sous ce rapport, la *sérothérapie artificielle*, qui restaure la pression sanguine et active la diurèse, devient, employée à hautes doses, une méthode bienfaisante.

Traitement de l'hypertrophie prostatique.

Le Dr *Legueu* a réuni dans un remarquable rapport les principales méthodes thérapeutiques employées de nos jours contre l'évolution et les complications de l'hypertrophie prostatique :

On pratique, dit-il, trois ordres d'opérations : 1° *des opérations testiculaires* ; 2° *la cystostomie* ; 3° *des prostatectomies*.

1° *Les opérations testiculaires* ont pour but de déterminer l'atrophie de la prostate, en vertu des connexions physiologiques qui relient la prostate au

testicule. A la castration, jugée parfois excessive, on chercha à substituer d'abord la résection des canaux déférents, puis la section des vaisseaux et des nerfs du cordon. Les faits établissent que la vasectomie et l'angionévrectomie sont loin de valoir la castration.

En ce qui concerne la castration double, ses résultats éloignés sont sensiblement inférieurs à ce que les premières observations, trop courtes, trop incomplètes, avaient permis d'espérer. Après la castration, l'atrophie de la prostate fait défaut : on note seulement une diminution du volume de la glande. Cependant, les malades éprouvent une amélioration, qui n'est nullement proportionnelle à la diminution de volume de la prostate. Cette amélioration se caractérise par la disparition des attaques et des poussées congestives, par le retour de la contractilité vésicale, par la diminution du résidu chez les rétentionnistes, par la moindre fréquence des sondages ou des mictions. Mais il ne s'agit là que d'une simple amélioration et non pas d'une vraie guérison. Et quand on compare ces résultats éloignés de la castration aux résultats que donnent les autres traitements, le bénéfice ne se montre pas proportionnel à l'étendue du sacrifice.

2° *La cystostomie* a pour but de créer un méat contre nature au-dessus du pubis, pour dériver les urines et permettre la miction spontanée.

Pratiquée contre des accidents généraux, comme moyen de drainage, la cystostomie est une excellente opération, une ressource ultime après l'échec de la sonde à demeure.

Tentée au contraire pour remédier aux difficultés de la miction, à des accidents locaux, la cystostomie ne fait que substituer une infirmité à une autre. Avec le méat sus-pubien, la continence est exceptionnelle, et aucun procédé opératoire ne permet de l'obtenir à coup sûr. L'incontinence est habituelle, et malgré cela, la vessie ne se vide pas complètement. Aussi la cystostomie doit-elle rester une opération d'exception.

3° *Les interventions directes* sur la prostate apparaissent de plus en plus comme le traitement de l'avenir de l'hypertrophie prostatique. Constituée par une hyperplasie adénomateuse et fibreuse, d'où découlent secondairement tous les troubles vésicaux, celle-ci est justiciable des procédés d'exérèse qui, ailleurs et sur d'autres organes, chaque jour sont utilisés.

Parmi ces interventions, *l'opération de Bottini*, qui n'est qu'une prostatotomie électrolytique, ne peut être jugée dans ses résultats éloignés faute de documents suffisants. D'ailleurs l'opération est aveugle, les récidives multiples signalées dans quelques cas témoignent de la rapidité avec laquelle doit se fermer la brèche minime que crée le galvano-cautère.

La *prostatectomie partielle* donne d'excellents résultats dans les hypertrophies partielles, pédiculées ou non, faisant saillie du côté du bas-fond vésical. L'amélioration se caractérise par le retour de la contractilité vésicale, et dans quelques cas équivaut presqu'à une guérison.

Mais la prostatectomie partielle ne peut rien contre les hypertrophies totales, contre les sténoses totales du canal prostatique.

La prostatectomie totale, au contraire, peut seule, en supprimant toute la glande, remédier à tous les inconvénients de l'hypertrophie. Les faits ne permettent pas aujourd'hui de juger sa valeur ; mais ils suffisent déjà pour permettre d'envisager l'avenir avec confiance, et de considérer la prostatectomie périnéale pratiquée de bonne heure avant la période des grands accidents, comme devant être un jour l'opération de choix dans le traitement de l'hypertrophie prostatique.

B. Laryngologie.

Diagnostic du cancer laryngien.

D'après M. le professeur *Moritz Schmidt*, les symptômes du cancer laryngien : gravité, douleur, sténose, odeur, etc., ne sont pas en eux-mêmes des plus caractéristiques et se retrouvent dans beaucoup d'autres maladies du larynx.

On peut constater, avec le miroir, que le cancer laryngien prend son origine dans différentes parties du larynx.

Il se distingue, dans la grande majorité des cas, des autres tumeurs de cet organe, en ce qu'il conserve le caractère primordial de tumeur pendant presque toute la durée de la maladie. Il y a des exceptions à cette règle pour les cas, qui naissent dans la profondeur des tissus, dans le voisinage du périchondre. On y observe assez souvent une prolifération de papillomes vrais, de condylomes aigus sur la surface de la muqueuse. L'origine de cette forme de cancer laryngien est aussi la cause d'une prédisposition spéciale de ces cas à la périchondrite pendant leur évolution, de sorte que l'image de la maladie est très souvent masquée par ce symptôme surajouté.

Le cancer du ventricule de Morgagni ressemble beaucoup à la périchondrite interne du cartilage thyroïde.

Dans quelques cas, le cancer prend son origine ou s'étend plus tard sur la partie inférieure en arrière du cartilage cricoïde et ne trahit sa présence que par une paralysie du récurrent.

Le diagnostic est quelquefois très difficile, même pour un médecin très expérimenté. Il peut y avoir des confusions avec la tuberculose, la syphilis, le sarcome, etc.

Puisque le diagnostic du cancer laryngien est quelquefois incertain, surtout pour les médecins qui n'ont qu'une expérience restreinte, il faut avoir recours aux autres moyens, qui nous aident dans le diagnostic : l'anamnèse, la recherche des traces de maladies actuelles ou passées, la cure antisyphilitique et enfin l'excision d'un petit morceau pour un examen microscopique.

Conclusions. — 1° Le cancer du larynx présente presque toujours au commencement et durant le cours de son évolution le caractère d'une tumeur de différentes formes ;

2° Le cancer qui naît dans les profondeurs des tissus du larynx donne quelquefois origine à une prolifération de papillomes vrais sur la surface de la muqueuse. Cette forme, pendant toute la durée de la maladie, ressemble beaucoup à la périchondrite ;

3° Les cas de cancer du ventricule de Morgagni présentent au laryngoscope, très souvent, une image fort ressemblante à celle de la périchondrite interne ;

4° Dans des cas très rares, le cancer commence en arrière et presque au-dessous du cartilage cricoïde et ne se trahit au commencement que par une paralysie du récurrent ;

5° Pour exclure la syphilis, il suffit en général de donner pendant une quinzaine 3 grammes d'iodure de potassium ;

6° On peut parvenir à un diagnostic certain en enlevant un petit morceau de la tumeur pour un examen microscopique. Pour cette petite opération, les curettes doubles tranchantes de haut en bas sont préférables ;

Ce n'est que le résultat positif de l'examen microscopique qui est décisif.

Nodules vocaux.

Les nodules vocaux sont de petites productions globuleuses, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain d'orge, insérées sur le bord libre de la corde vocale et siégeant uniquement au niveau de son tissu élastique.

Ils sont ordinairement produits par une émission mauvaise de la voix pendant le chant, mais non pendant la parole.

Les nodules des chanteurs sont caractérisés anatomiquement par un tissu fibreux avec contenu kys-

tique et épais revêtement pachydermique, lequel enserre le noyau fibreux et amène à la longue son atrophie.

Les troubles provoqués par ces nodules consistent en ce que la voix chantée est altérée en certains points de l'échelle vocale, parce que les deux cordes ne peuvent plus s'accoler d'une façon exacte et parce que l'altération du tissu élastique ne permet plus de chanter piano, ni de fournir les sons de médium. En outre la fatigue vocale se produit rapidement au cours du chant. Il en résulte que les chanteurs sont obligés d'employer des procédés anormaux pour suppléer au registre qui leur manque, et n'y parviennent que par une tension plus forte des cordes vocales. Le son en subit certains dommages. La voix devient gutturale, c'est-à-dire fournie en excès dans le larynx sans résonnance suffisante au milieu des cavités supérieures ; ou encore les sons sont uniquement émis en voix de poitrine. Dans ce dernier cas la voix perd une partie de sa puissance d'expression ; dans le premier cas, elle perd de sa pureté. A la longue, l'excès de tension des cordes vocales donne naissance à de la pachydermie, qui se développe tout d'abord au niveau des nodules et plus tard sur les points soumis à des frottements excessifs ; apophyses vocales et région interaryténoïdienne.

Le traitement se propose de provoquer la rétrocession des nodules par le repos vocal, en défendant strictement de chanter. Si cette prescription ne suffit pas, il faut, dans les cas où l'intérêt du malade exige absolument le rétablissement de la voix, procéder à l'ablation chirurgicale strictement limitée aux parties saillantes des nodules.

(KRAUSE, de Berlin.)

C. MÉDECINE.

Indications de la saignée.

D'après M. le professeur *Hayem*, un moyen thérapeutique est indiqué lorsqu'il est établi qu'il procure, dans une circonstance donnée, un soulagement plus grand qu'aucun autre.

La saignée ne peut donc être considérée comme indiquée que dans les cas où elle agit avec une supériorité incontestable sur tous les autres procédés thérapeutiques :

L'emploi des saignées répétées comme méthode de traitement dite autrefois méthode antiphlogistique, paraît être définitivement condamné.

L'ouverture de la veine, pratiquée une fois, ou plusieurs fois à des intervalles relativement éloignés, mérite, au contraire, d'être conservée comme moyen utile et parfois héroïque ;

Les cas dans lesquels la saignée est indiquée sont, d'une manière générale, ceux où la vie est mise en danger immédiat, soit par troubles de la circulation, soit par toxémie ;

Les principales conditions dans lesquelles l'indication de la saignée est nette sont les suivantes :

Œdème aigu du poumon, particulièrement dans les maladies des gros vaisseaux et des reins ;

Certains cas de pneumonie à forme œdémateuse ou simplement congestive ;

Certains troubles mécaniques de la circulation par maladie du cœur ou des gros vaisseaux : particulièrement en cas d'hypertension artérielle, mais aussi parfois avec asystolie évidente ; formes congestives et hémorrhagiques de la néphrite aiguë ; congestion cérébrale et hémorrhagie au début chez les malades ayant de l'hypertension artérielle ;

Urémie aiguë ou récente ;

Eclampsie puerpérale ;

Empoisonnement du sang par certains gaz, notamment par l'oxyde de carbone ;

Dans toutes les autres conditions pathologiques, les indications de la saignée sont discutables.

Il en est notamment ainsi dans la chlorose ;

Les indications de la saignée sont établies empiriquement par l'observation des faits. A cet égard les documents classiques de réelle valeur sont peu nombreux. Les statistiques ne sont guère utilisables, car il est très difficile de faire un groupement irréprochable de faits souvent disparates ;

Les effets dits physiologiques des soustractions sanguines ne pourront donner qu'une idée très imparfaite des effets thérapeutiques de la saignée. Ceux-ci résultent essentiellement des conditions très particulières créées par la maladie,

Ils semblent pouvoir se rattacher en grande partie, d'un côté à l'effet mécanique produit par la soustraction brusque d'une certaine quantité de sang, de l'autre à une décharge de poison.

Les faits cliniques observés avec précision prouvent que ces effets thérapeutiques sont d'une grande puissance ;

La résistance de l'homme et des animaux supérieurs aux soustractions sanguines est considérable, dans tous les cas où il n'existe pas une cause pathologique de déglobulisation ou une entrave à la rénovation du sang.

Sauf aux âges extrêmes de la vie, dans les cas morbides que nous venons de signaler, une saignée d'une certaine importance (de 300 à 500 centimètres cubes) est toujours facilement supportée, alors même que les malades sont sensiblement anémiés, ce qui arrive assez souvent dans l'urémie et dans l'éclampsie puerpérale ;

La réparation du sang s'effectue chez les malades comme à l'état physiologique, par l'intermédiaire des hématoblastes : les éléments de la moelle des os n'y prennent aucune part.

Ces éléments ne passent dans le sang général qu'en cas de pertes de sang excessives, répétées coup sur coup.

Purification des eaux potables.

M. le médecin-major *Lapasset* a terminé son rapport sur la purification des eaux potables par les conclusions suivantes :

I. L'eau est un aliment de première nécessité pour le soldat ; aussi, dans de nombreuses circonstances de la vie militaire, à défaut d'eau potable de bonne qualité, sera-t-on réduit à utiliser des eaux plus ou moins suspectes qu'il sera indispensable de purifier avant de les livrer à la consommation.

S'il est relativement facile de résoudre ce problème pour les garnisons en temps de paix, il n'en est plus de même pour les troupes en marche et surtout pour les armées en campagne. Il importe alors d'avoir recours à des procédés d'un emploi facile, offrant toute sécurité, et permettant de purifier extemporanément des quantités d'eau suffisantes.

II. L'ébullition est le moyen le plus simple et le plus sûr d'obtenir la purification de l'eau. Procédé de choix pour les individus isolés ou les petits groupes, il devient presqu'inapplicable en campagne et pour les armées nombreuses. L'eau bouillie ne saurait d'ailleurs être facilement consommée qu'à la condition d'être aromatisée (thé, café), et d'être chauffée dans des récipients spéciaux qui ne lui communiquent aucun mauvais goût.

Il est nécessaire de faire pénétrer dans l'armée cette notion que l'eau est un aliment souvent dangereux à absorber crue et que les boissons chaudes désaltèrent souvent mieux, même en été et dans les pays tropicaux, que les liquides glacés ou alcooliques, tout en présentant des qualités toniques et digestives bien supérieures.

Des appareils destinés à stériliser l'eau par la chaleur ont déjà rendu de grands services dans certaines garnisons. Ces appareils, en particulier le modèle Vaillard et Desmaroux, rendus transportables, sont utilisables dans les camps, pendant les manœuvres, et au besoin à la suite des armées en campagne.

III. La filtration de l'eau par la bougie Chamberlan, adoptée dans la plupart des casernes de France, donne des résultats satisfaisants, mais à la condition d'être l'objet d'une surveillance constante et d'un entretien minutieux. Les appareils à

bougies indépendantes offrent plus de sécurité que les filtres collectifs ou à nettoyeur André, difficiles à contrôler et à stériliser et qui nécessitent l'emploi de réservoirs.

Les filtres en terre (Berkefeld), en porcelaine d'amiante (Maillé) basés sur le même principe, sont également recommandables. Mais le volume, la fragilité et le faible débit de ces filtres s'opposent à leur utilisation en campagne.

Quant aux filtres à charbon (Buhring) ou en tissus d'amiante (Breyer, Maignen), ce ne sont que des clarificateurs dont l'emploi est dangereux par suite de leur infection rapide.

IV. La purification de l'eau au moyen de substances chimiques est actuellement à l'ordre du jour. La possibilité d'obtenir extemporanément de grandes quantités d'eau potable rend leur étude particulièrement intéressante.

Certains procédés basés sur l'emploi de l'alun, de la chaux, du perchlorure de fer, etc., mais qui nécessitent la précipitation lente, puis la décantation ou la filtration du liquide, ne sont utilisables qu'exceptionnellement.

Plus rapides et plus efficaces sont les procédés au permanganate de potasse ou de chaux, et en particulier les appareils de MM. Bordas et Girard et de M. Lapeyrière, basés sur les propriétés réductrices du bioxyde de manganèse. L'excès de sel employé peut d'ailleurs être neutralisé par l'adjonction de substances diverses (café, sucre, glycirrhizine).

On a fondé de grandes espérances sur la stérilisation de l'eau par l'ozone. Mais son utilisation semble devoir être limitée aux villes possédant une installation électrique suffisante.

Un procédé récent de M. Bergé, basé sur l'emploi du peroxyde de chlore, paraît avoir plus d'avenir. Ce gaz, facile à préparer, soluble dans l'eau en toutes proportions, non toxique, semble posséder une énergie stérilisatrice considérable.

V. D'une manière générale, l'efficacité et la rapidité de tous les procédés préconisés jusqu'à ce jour dépendent de la pureté relative de l'eau. Il sera toujours très difficile de purifier extemporanément et de livrer immédiatement à la consommation une eau bourbeuse ou très riche en matières organiques.

Il faut donc, tout d'abord, ne pas souiller l'eau destinée à l'alimentation et la recueillir avec les plus grandes précautions. Il est indispensable de se servir, pour le puisage, de récipients spéciaux ou mieux de pompes et de tuyaux aspirateurs qui suppriment toute agitation du liquide.

Il est en outre désirable que la purification de l'eau, quel que soit le procédé employé, soit faite sous la surveillance d'un gradé, d'un officier, ou mieux d'un médecin ; par suite, il faut donner la préférence aux appareils collectifs et rejeter les appareils individuels dont l'usage et l'entretien ne sauraient être contrôlés.

A défaut d'une purification complète, il sera toujours avantageux de clarifier l'eau par un procédé quelconque, puis de la corriger par l'addition d'acide tartrique ou d'acide citrique.

M. le Dr *Vincent* complète ces conclusions au point de vue militaire en ajoutant quelques considérations sur les 3 grands procédés d'épuration ; 1° l'ébullition, 2° les filtres et 3° les méthodes chimiques.

De tous les procédés, un des plus efficaces est l'ébullition. Elle a l'inconvénient de prendre du temps et de nécessiter l'emploi de combustible. En outre, elle prive l'eau des gaz qu'elle tient en solution et lui donne un goût peu agréable. Par contre, la sécurité qu'elle confère est absolue. Les germes pathogènes primordiaux de l'eau (B. typhique, B. coli, Spire cholérique) sont détruits à 100°. L'ébullition ne nécessite guère d'appareils spéciaux. Les ustensiles en usage pour les besoins culinaires sont suffisants. On peut, pour masquer la saveur désagréable qu'elle confère à la boisson, et pour ne pas devoir attendre son refroidissement complet, recommander l'usage de tisanes ou de petit café.

Les filtres les plus employés sont les systèmes Berkefeld et Pasteur. L'expérience de nombreux auteurs et la mienne propre, me les font envisager tous deux comme doués d'une valeur à peu près équivalente. Le débit de ces filtres est en raison directe de la pression du liquide, et en raison inverse de la durée de leur fonctionnement. De là, nécessité de nettoyages d'autant plus fréquents que l'eau à filtrer est plus impure. Ces filtres, même lorsqu'ils sont scrupuleusement stérilisés, ne donnent jamais une eau rigoureusement et constamment aseptique. Parmi les rares germes qu'ils laissent passer, on peut trouver aussi bien des saprophytes que des pathogènes. Au bout de quelques jours, il faut les stériliser à nouveau. Deux procédés sont surtout employés à cet effet. Le premier est l'emploi de la chaleur ; c'est le meilleur, mais c'est aussi le plus long. Il est difficilement applicable en campagne. Le second procédé (Guinochet) est basé sur l'emploi du permanganate de potasse. Il est plus rapide, plus pratique, mais ne donne pas une stérilisation absolue. Cependant il me paraît suffisant, étant donné qu'il y a toujours quelques rares germes qui filtrent, même lorsque la stérilisation a été parfaite. Certains filtres sont munis de nettoyeur. Ces appareils sont des plus utiles, mais ils sont assez délicats à manier en campagne, surtout lorsque l'eau est fortement chargée d'éléments en suspension. En général les filtres sont d'excellents appareils, d'autant meilleurs qu'ils sont plus simples, mais ils nécessitent une grande surveillance.

Les principaux procédés d'épuration par des moyens chimiques sont basés, les uns, sur la précipitation de certains éléments, qui entraînent avec eux les micro-organismes (ces procédés sont absolument insuffisants), les autres, sur l'emploi de corps oxydants, tels que le permanganate de potasse, de soude ou de chaux, ou encore du brôme, etc. Parmi ces derniers, le procédé *Schipiloff au* permanganate de K, m'a donné de fort bons résultats ; mais, dans certains cas, la dose de permanganate doit être plus forte que celle indiquée par l'auteur. Le procédé Lapeyrière, que je range parmi les procédés chimiques plutôt que parmi les procédés à filtration, est un dérivé du précédent. La conclusion des études, dont il a fait l'objet, paraît devoir le faire considérer comme un des meilleurs que nous possédions. Il est pratique et fort simple, ne nécessitant qu'un outillage spécial et insignifiant (filtre peu volumineux et d'un entretien facile). Il est, en outre, très rapide et ne paraît guère douteux. D'après les travaux de Laveran et Hanriot, il stérilise bien l'eau. Dans ces conditions, il paraît préférable aux filtres-bougies ; sa rapidité et sa simplicité le rendent supérieur à l'emploi de l'ébullition.

Le procédé imaginé par Schumburg est aussi appelé à rendre de très grands services. Il consiste à additionner l'eau à épurer d'une certaine quantité de solution bromurée de brome. L'excès de brome est détruit ensuite par un mélange de sulfite de soude. L'emploi de cette méthode est simple, efficace, rapide et peu coûteux.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Antoine : M. le Professeur HAYEM.

La chloro-tuberculose.

Malgré les progrès incessants de la pathologie et les nouveaux procédés d'investigation dont dispose à l'heure actuelle le clinicien, il existe en pratique des cas difficiles qui, soumis à l'examen de plusieurs d'entre nous, reçoivent des interprétations dissemblables et des étiquet-

tes différentes. Ces malades soulèvent ainsi, spontanément, des questions sur lesquelles les auteurs ne partagent pas tous le même avis.

Le sujet dont je désire vous parler aujourd'hui est, à bien des points de vue, un cas de ce genre et il mérite par conséquent beaucoup d'attention.

L'histoire de cette femme, qui a 23 ans, tout en étant assez complexe, semble se résumer cependant en un mot, mot qu'elle-même a sur les lèvres : je suis anémique ! En effet, vous constatez aisément et immédiatement la teinte pâle de son visage, la décoloration intense de ses lèvres, de ses gencives, de ses paupières, en somme l'apparence générale d'une anémie très prononcée.

A l'âge de quatre ans environ elle fut atteinte d'une importante lésion osseuse, d'une coxalgie de la hanche du côté gauche dont elle a d'ailleurs parfaitement guéri. Depuis cette époque elle aurait été — du moins d'après ses dires — toujours bien portante jusqu'à ces temps derniers. C'est seulement depuis un an, assure-t-elle, pendant l'allaitement de son deuxième enfant, que sa santé a commencé à s'altérer. Elle a pâli, l'appétit, d'abord irrégulier, est devenu à peu près nul, les forces ont diminué et elle est entrée à l'hôpital dans ces conditions pour demander remède contre ces différents troubles pathologiques.

Si maintenant nous procédons à son examen général, voici dans quel état nous la trouvons : le visage est pâle et bouffi, le corps thyroïde et le cou sont augmentés de volume, le frémissement cataire et les souffles anémiques sont nettement perceptibles à l'auscultation des vaisseaux artériels ou veineux. L'appétit reste très faible et la malade se plaint, en outre, quelquefois à l'estomac de douleurs assez vives allant de l'épigastre à la colonne vertébrale, simulant ainsi les douleurs dites « en broche » de l'ulcus simplex de Cruveilhier, mais sans vomissements alimentaires ou sanguins, sans hématémèses, sans melœna, sans selles noires. Le palper superficiel et profond de la région épigastrique et de l'abdomen montre l'insensibilité des organes sous-jacents et permet simplement de constater la présence de quelques boules fœcales dans le côlon, résultat d'une constipation habituelle.

Si nous poussons plus loin l'examen, nous observons sur le membre inférieur gauche (côté de la coxalgie) une vaste cicatrice, facilement visible à la face externe de la cuisse. On peut aisément en reconstituer l'histoire antérieure : c'est le vestige d'un ancien abcès tuberculeux opéré, probablement gratté par le chirurgien, et qui aujourd'hui — foyer éteint de bacillose locale — est entièrement guéri. Le membre inférieur du côté opposé est œdématié, recouvert de varicosités, tout en étant indolore à la pression ; aucune douleur, en particulier, n'est provoquée par le palper le long des vaisseaux cruraux ou poplités.

Enfin, cette femme ne paraît pas avoir eu de fièvre à aucun moment de sa maladie. Elle ne tousse pas et l'auscultation pulmonaire, même répétée, ne révèle aucun signe précis de la tuberculose des voies respiratoires ; il y a bien quelques légers râles muqueux dans la poitrine, mais ils disparaissent ou se déplacent lorsque la malade fait un effort de toux et ce ne sont pas, par conséquent, des craquements bacillaires ; il y a bien également une certaine diminution des vibrations thoraciques à gauche, mais tout cela réuni, véritablement, ne nous autorise pas à dire tuberculose pulmonaire.

En résumé, voici donc une femme qui, avec quelques antécédents de tuberculose lointaine et locale, guérie d'ailleurs, a vu se développer sans cause apparente, au cours d'une lactation absolument normale et physiologique, un état d'anémie très prononcée accompagné de désordres digestifs et d'œdème du membre inférieur droit.

Sous quelle étiquette allons-nous ranger ce cas clinique ?

La soudaineté et le développement rapide des accidents font penser en premier lieu à une anémie post-hémorrhagique. L'accouchement aurait pu entraîner une métrorrhagie abondante, mais ce fait serait parfaitement connu de la malade et sa mémoire nous le rappellerait.

La douleur stomacale, en broche, qui fait partie du cortège symptomatique énuméré il y a quelques instants, éveille l'idée d'ulcère simple. A l'âge de notre malade, en effet, l'ulcère simple est loin d'être rare et, de plus, il affecte souvent une forme insidieuse, restant latent dans ses manifestations et entraînant à la longue un état d'anémie chronique qui n'est pas sans analogie avec le cas en question. J'ai trouvé, pour ma part, dans des circonstances analogues la confirmation anatomique d'ulcères stomacaux dont l'existence avait été ignorée pendant la vie ; aussi je ne crois pas pouvoir repousser cette hypothèse d'une manière absolue. Toutefois, rien ne vient la confirmer et, au contraire, je trouve ailleurs d'autres causes qui justifient parfaitement le développement de cette anémie.

Pour cette raison aussi, je ne saurais admettre qu'il puisse s'agir d'une de ces anémies pernicieuses essentielles se produisant parfois, dit-on, après l'accouchement, pendant la lactation, sans cause connue. Pourquoi, en effet, donner une appellation vague à un état pathologique qui, en l'espèce, me paraît absolument net et déterminé ?

Disons-le de suite, nous sommes en présence d'une chlorose, et j'y insiste tout simplement parce qu'elle ne se présente pas dans les conditions habituelles de cette affection.

L'aspect général de la patiente, la coloration spéciale de sa peau, la bouffisure de son visage, c'est de la chlorose. La dyspepsie et les douleurs stomacales, chlorose encore ! L'hypertrophie du corps thyroïde, chlorose toujours ! Ce dernier symptôme pourrait aussi, sans doute, être rattaché à la grossesse, tout au moins en partie, car la gestation est chez la femme fréquemment le point de départ d'un goître. Nous dirons alors : signe de chlorose ou de grossesse, peut-être des deux à la fois.

Avant d'affirmer le diagnostic de chlorose, il est cependant un point qui embarrasse. Dans la pratique journalière nous sommes habitués à rencontrer cette affection chez les jeunes filles de douze à vingt ans et non chez les jeunes femmes. Ici, l'état chlorotique semble être uniquement la conséquence des grossesses antérieures et de la lactation, la malade assurant avoir

toujours été bien portante avant son dernier allaitement.

Eh ! bien, malgré cette affirmation catégorique de l'intéressée, je pense, pour ma part, que cette chlorose post-puerpérale est tout simplement une chlorose ancienne, vulgaire, une chlorose de l'adolescence qui a été réveillée ou plutôt aggravée par la gestation et l'allaitement. Je crois que, si nous avions connu la malade quelque huit à dix ans plus tôt, nous aurions trouvé chez elle des signes, légers peut-être, mais certains, de chlorose. Vous verrez, en effet, un grand nombre de petites parisiennes, ouvrières ou domestiques, atteintes de chlorose sans s'en douter. Elles se plaignent très peu, ne souffrant que de troubles supportables ; elles continuent à travailler et ne se considèrent pas comme malades. En réalité, elles sont pâles, facilement essoufflées et n'ont pas la teinte rose des joues caractéristiques de la santé pour une jeune fille de 15 à 20 ans. Ces malades n'ont absolument pas conscience de leur état et font comme leurs compagnes dans le même cas : elles se contentent tout simplement de leur état de santé ! Elles sont chlorotiques sans le savoir, se comportant ainsi comme certains ictériques dont la teinte jaune peu développée passe inaperçue.

Je fais donc le diagnostic de chlorose ancienne, d'anémie chlorotique aggravée par la grossesse. A mon avis, cette malade est atteinte d'une forme primitivement légère de chlorose qui, comme il arrive assez souvent en pareil cas, s'est exagérée et a reçu un coup de fouet, sous l'influence de la fatigue et du surmenage de la lactation.

Mais, toutes les difficultés de cette observation ne sont pas encore élucidées, il s'en faut.

Nous avons constaté déjà l'œdème, la tuméfaction, les varicosités dont le membre inférieur gauche est le siège. A première vue cela ressemble beaucoup à une phlegmatia alba dolens, chose assez commune dans le cours de l'anémie chlorotique. Je palpe donc la jambe dans le jarret, puis plus haut dans le pli de l'aine ; je cherche à y provoquer de la douleur et à y constater des cordons indurés ou des ganglions engorgés et sensibles. En réalité, je n'y trouve aucun de ces signes et cette épreuve négative écarte de ma pensée la phlegmatia alba dolens.

En revanche, le membre inférieur gauche présente des cicatrices d'anciennes lésions tuberculeuses locales. La malade a été autrefois tuberculeuse et les manifestations bacillaires dont elle a été atteinte ont guéri. Aujourd'hui ce sont des foyers éteints. Le poumon n'a rien ou du moins rien de caractéristique.

Voilà donc une femme qui a été nettement tuberculeuse et qui est aujourd'hui chlorotique, très chlorotique même. Il devient intéressant de chercher à connaître s'il existe un rapport entre ces deux maladies et comment elles se comportent l'une en face de l'autre.

J'ai admis, il y a déjà bien longtemps, que les chlorotiques devenaient rarement tuberculeuses. J'ai depuis souvent vérifié le fait et je considère qu'il doit rester acquis à la science. D'ailleurs, avant moi, Trousseau avait dit également que la chlorose n'était pas un terrain favorable à la tuberculose. Cet illustre maître était tellement pénétré de cette idée que parfois il redoutait de donner du fer à ses malades, craignant de voir celles-ci cesser d'être chlorotiques pour devenir tuberculeuses. Une telle opinion était évidemment excessive : elle se justifiait cependant, en pratique, par les effets de certaines préparations ferrugineuses mauvaises dont Trousseau était obligé, à cette époque, de se servir.

En fait, une chlorotique devient rarement tuberculeuse.

Mais il existe une variété morbide, à laquelle j'ai donné le nom de chloro-tuberculose, qui n'est pas, malgré une ressemblance apparente, l'anémie tuberculeuse ordinaire. C'est véritablement une association de chlorose et de tuberculose, un hybride pouvant se présenter cliniquement sous deux modalités différentes : tantôt la tuberculose est antérieure à la chlorose, tantôt les deux maladies sont contemporaines et marchent parallèlement.

Lorsque la tuberculose est antérieure, il s'agit généralement d'une bacillose infantile légère, locale, peu grave le plus souvent. La chlorose apparaît alors au moment de la puberté.

Dans la deuxième variété, chlorose et tuberculose sont simultanées, l'une naissant avec l'autre : forme sérieuse et plus grave que la précédente.

Notre malade rentre dans la première catégorie. C'est une chlorose greffée sur une tuberculose antérieure, peut-être pulmonaire, en tout cas localisée et légère. En pareille circonstance le pronostic est favorable, même s'il y a en même temps une dyspepsie modérée. J'ai vu, dans la plupart des cas, ces malades guérir comme des chlorotiques simples. Il convient toutefois de faire quelques réserves, car il peut malgré tout se produire une poussée de tuberculose viscérale, surtout si la malade est mal soignée. A part ces rares exceptions, le pronostic reste bon.

Quel traitement convient-il de faire ?

Le mieux est de ne pas se préoccuper de la tuberculose qui est guérie et dont les foyers sont éteints. On soignera la malade comme une chlorotique ordinaire. Prescrivez donc un régime alimentaire approprié, diète carnée et lactée, un litre à un litre et demi de lait par jour, viande crue pulpée d'abord 150 grammes par jour en trois fois, puis 300 grammes. En cas de constipation, faire usage des lavements huileux.

Plus tard, après une ou deux semaines, lorsque le tube digestif sera en meilleur état, administrez les préparations ferrugineuses : le protoxalate de fer est le meilleur.

(*Leçon recueillie* par le Dr P. Lacroix.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Hommage à MM. Cézilly et Gassot.

Nos confrères ayant souhaité que partie du produit de la souscription fût consacrée à une œuvre de bienfaisance médicale, la souscription reste ouverte jusqu'à notre assemblée générale de novembre. Chaque fin de mois, nous publierons la liste des nouveaux souscripteurs. On tiendra à honneur d'y figurer.

Dr Maurat, Dr Jeanne.

Les actes du Congrès de médecine professionnelle.

Une des questions capitales mises à l'ordre du jour du Congrès avait pour titre *Exposé des œuvres de défense professionnelle du corps médical.*

On comprend, sans peine, l'importance de cette étude. Elle a été faite d'une façon magistrale, et nous tenons à en donner une analyse succincte.

Dans son rapport, M. le docteur Salomon énumère d'abord les causes du malaise professionnel. Causes inhérentes à la profession médicale : encombrement de la profession (mise de la carrière médicale à la portée d'un plus grand nombre, création de facultés et d'écoles secondaires, loi militaire, médecins étrangers, exercice par les médecins des frontières et par les médecins militaires), rapports entre confrères, etc...

Causes provenant du milieu où vit le médecin (organisation de l'assistance médicale gratuite, admission des malades payants et consultations gratuites dans les hôpitaux, sociétés de secours mutuels, compagnies d'assurances contre les accidents, exercice illégal de la médecine, diminution du nombre des malades par la vulgarisation des principes d'hygiène, etc.)

Toutes ces questions ont trop souvent été traitées dans le *Concours* pour qu'il soit nécessaire d'insister.

Dans une seconde partie, le rapporteur énumère les œuvres de défense professionnelle existantes : il cite l'Association des médecins de la Seine fondée par Orfila en 1833, puis l'Association générale des médecins de France fondée en 1859, qui fut, dit-il, moins qu'un syndicat, mais plus qu'une mutualité.

Pendant plus de trente ans, cette association, ayant à sa tête les maîtres les plus vénérés de la profession, a semblé suffire aux besoins du corps médical, et nous ne voyons apparaître les premiers syndicats qu'en 1880. Le premier fondé en France fut celui de Montaigu (Vendée), sous l'impulsion du docteur Mignen. Qu'il nous soit permis de rendre hommage à sa courageuse initiative. Je dois à la vérité de dire qu'il avait été devancé. En 1879, il s'était fondé une société civile, sous le nom de Concours médical, avec un programme, se proposant d'étudier les conditions dans lesquelles doit s'exercer et se développer la profession médicale.

C'est avec un sentiment de profonde reconnaissance, que nous devons saluer la création de cette société, car c'est à elle en grande partie, et à son fondateur, le Dr Cézilly, que nous devons le mouvement, devenu irrésistible, vers les études des questions d'existence de notre profession ; c'est à son inspiration et à la consultation qu'il a su faire auprès du corps médical, que nous devons d'avoir vu mettre à point nos moyens de protection et de défense.

Avec son zèle infatigable, et sa haute compétence, notre confrère a su grouper autour de lui des collaborateurs de mérite, dont les noms, bien connus du corps médical, sont, j'en suis certain, sur toutes les lèvres, et qui ont donné un singulier relief à l'œuvre qu'il dirige encore aujourd'hui. Son journal a étudié tout ce qui peut intéresser la profession, et forme maintenant une encyclopédie de toutes les questions professionnelles, que nous consultons tous avec intérêt et profit.

Le Dr Cézilly a créé un courant que nos ennemis ne pourront jamais remonter. Le Concours médical a un autre titre à la reconnaissance des médecins, c'est la création d'œuvres de prévoyance et de mutualité : « les caisses des pensions de retraite », à l'organisation desquelles le Dr Lande, de Bordeaux, a contribué pour une large part, « l'Association amicale pour indemnité de maladie », « la Société de protection des victimes du devoir médical », et enfin « le Sou médical », œuvres admirables de défense professionnelle. Le Dr Cézilly ne s'est pas contenté d'une tâche qui, cependant, aurait suffi à bien remplir sa vie. C'est encore lui qui, voyant nos premiers syndicats dispersés, dans un isolement complet, et ne se rattachant par aucun lien, eut l'idée de les grouper sous forme de fédération : « l'Union des syndicats » qui marchera, j'en suis certain, la main dans la main avec son frère aîné, le « Concours », pour monter à l'assaut des abus de la société moderne, et assurer, dans un avenir prochain, le triomphe de nos revendications.

Nous ne pouvons qu'applaudir à cette justice rendue au Concours médical et à son fondateur.

Puis le Dr Salomon montre les difficultés rencontrées à leurs débuts par les syndicats et le désarroi jeté par le procès de Domfront, la lutte continuant et enfin le succès obtenu lors du vote de la loi Chevandier.

Vient ensuite le récit de la Vie de l'Union des syndicats, de ses travaux et de ses efforts. L'idée syndicale a fait son chemin et rien maintenant ne pourrait empêcher ses groupements qui constituent l'œuvre de défense la plus parfaite, puisque, suivant la parole du Dr Chautemps, les médecins sont des ouvriers, ouvriers d'élite sans doute ; mais, comme les ouvriers, accomplissant tout seuls leur tâche, sans le concours d'aucun salarié.

Enfin, le Dr Salomon donne ses conclusions.

Nous venons de vous faire un tableau rapide des travaux de nos associations et des résultats déjà obtenus par nos œuvres professionnelles de défense. Nous avons établi d'une façon irréfutable l'utilité de leur existence et leur vitalité. C'est en elles, que nous trouverons le salut. Comme nous le disions au début, si nous voulons paralyser les efforts de nos ennemis, il faut nous montrer forts et résolus. Cette force et cette confiance en nous-mêmes ne peuvent être puisées que dans l'union et dans la solidarité ; il faut donc que nos associations en soient l'expression la plus pure. Il ne suffit pas de cesser d'être isolés et de nous grouper à l'aventure, sans programme déterminé, fondant des sociétés bâtardes, se débattant dans l'impuissance la plus absolue, parce qu'elles ne savent ni ce qu'elles veulent, ni où elles vont. Il faut d'abord nous montrer meilleurs les uns pour les autres, moins égoïstes, plus soucieux de notre dignité et des intérêts généraux de la corporation. Nous devons être aussi indulgents pour les individus, pour les malades, qu'implacables pour ces collectivités puissantes, qui ne nous feraient pas grâce, si nous étions trop faibles, trop généreux à leur égard, ou si elles nous trouvaient désarmés. Nous ne venons pas vous prêcher une guerre injuste et vous exciter contre la société tout

entière, comme quelques esprits chagrins, ou malintentionnés, ont eu souci de le dire et de le répandre.

Dans nos rapports avec tous ceux qui nous entourent, nous apporterons toujours cette modération et cet esprit de conciliation qui font l'honneur du corps médical et qui nous permettront d'atteindre peu à peu sans secousses et sans violences, le but que nous poursuivons.

Mais nous ferons respecter nos droits et opposerons aux nombreux empiétements des collectivités qui nous menacent des associations bien organisées, prospères, unies entre elles, et puisant leur force dans la confiance du corps médical.

Nous diviserons nos conclusions en deux groupes : le premier réglant l'organisation générale de nos moyens de défense ; l'autre, comprenant les vœux à émettre, pour lutter victorieusement contre nos ennemis. Nous les énoncerons sans les discuter, réservant cette tâche au Congrès devant lequel nous avons l'honneur de parler.

1) Dans un but de préservation et de défense professionnelle, tous les membres du corps médical doivent s'unir et se solidariser.

2) Cette union et cette solidarité s'établiront par l'organisation de sociétés, qui pourraient être, en même temps, des chambres de discipline et des associations de défense professionnelle.

3) L'œuvre de défense professionnelle par excellence sera le syndicat qui, seul, a qualité pour lutter contre les attentats de la société à notre monopole.

4) Il n'y aura qu'un syndicat par département, afin que les syndiqués soient soumis aux mêmes règlements administratifs.

5) Les syndicats devront être unis et solidaires, comme leurs syndiqués entre eux. Ils formeront ainsi une Union syndicale ou Union des syndicats.

6) L'Union des syndicats formera en France une fédération unique pour tout le territoire, elle sera l'agent de centralisation et de décentralisation, et devra être investie officiellement du pouvoir d'aller en justice, au lieu et place de n'importe quel syndicat affilié.

7) Les syndicats ayant un but unique : préserver le corps médical de tout ce qui peut l'attaquer ou l'atteindre dans sa vie matérielle ou morale, à ce but doit correspondre un vœu unique : la suppression des restrictions de l'article 13 de la loi sur les syndicats.

La deuxième partie de nos conclusions comprendra l'énumération rapide de vœux que nous devons formuler pour conjurer la crise actuelle.

Contre l'encombrement :

1) Le maintien du baccalauréat classique, seul exigible pour l'admission à l'Ecole de médecine.

2) Une nouvelle réglementation des écoles secondaires et des facultés nouvelles, allant jusqu'à la suppression de celles dont le recrutement des élèves est insuffisant pour assurer et justifier leur existence.

3) L'établissement d'un concours devant un Jury de Faculté pour l'intérieur des hôpitaux de province.

4) L'extension de la faveur accordée par la loi militaire aux étudiants en médecine, à toutes les professions libérales.

5) L'obligation, pour les étudiants étrangers, d'accomplir sans équivalence toutes les obligations de scolarité imposées aux étudiants français. La nécessité de la naturalisation pour occuper des fonctions publiques ; une plus grande circonspection et sévérité dans l'admission des étrangers à la naturalisation.

L'obligation pour tous les naturalisés de remplir, d'une façon effective, les obligations du service militaire imposées aux étudiants français.

6) La stricte observation, pour les médecins militaires, de la circulaire du général Loizillon, leur interdisant l'exercice de la médecine civile.

Rapports entre confrères :

1) Création de chaires de déontologie dans toutes les Facultés.

2) Rédaction d'un code de déontologie unique pour tout le territoire, réglant les rapports des médecins entre eux, et avec la société, avec obligation, pour tous les médecins, de l'observer.

3) L'obligation, pour tous les médecins, de faire partie du syndicat de la région.

4) Accorder aux syndicats le droit et le devoir de veiller à l'observation du code de déontologie par leurs membres, avec sanction à l'appui.

5) Accorder aux syndiqués le droit de faire appel à l'Union des syndicats, jugeant en dernier ressort.

Assistance médicale, hospitalisation.

1) Les hôpitaux seront exclusivement réservés aux personnes privées de ressources, dans le cas où une maison de santé, recevant des malades payants, serait annexée à l'hôpital, les médecins faisant le service auront le droit et le devoir de se faire payer des malades pour les consultations, les visites et les opérations faites dans l'etablissement.

Assistance à domicile.

1) Liberté absolue pour l'indigent de choisir son médecin. Liberté pour le médecin d'accepter ou de refuser d'être le médecin de l'indigent.

2) Suppression des circonscriptions dans les pays où elles existent, avec une réglementation du libre choix du médecin, d'après la distance de son domicile à celui de l'indigent,

3) Établissement des honoraires du médecin à la visite, suivant un tarif unique, adopté pour toute la France.

4) Exclusion des listes d'indigents de tous ceux qui peuvent honorer le médecin.

5) Les médecins du service pourront occuper des fonctions électives.

Sociétés de secours mutuels.

1) Établissement des honoraires du médecin à la visite, et suivant le tarif ouvrier de la région.

2) L'exclusion des sociétés de secours mutuels, comme membres actifs, des membres aisés de la corporation.

3) Libre choix du médecin par le mutualiste.

4) Représentation du médecin au conseil d'administration de la société.

5) Création dans les grands centres de population de commissions mixtes, composées de médecins et de mutualistes, pour régler les rapports entre eux, et servir de commission d'arbitrage.

Compagnies d'assurance contre les accidents.

1) Suivant une ligne de conduite unique, adopter des mesures uniformes dans toute la Fran-

ce pour combattre les exigences des Compagnies d'assurance contre les accidents.

2) Séparer les honoraires dus au médecin pour le certificat d'origine de blessure et les honoraires pour soins donnés au blessé.

3) Établissement des honoraires d'après un tarif uniforme, aussi détaillés que possible (tarif de la Gironde ou du Concours médical). Adopter un des deux.

4) Faire adopter le même tarif par l'administration de l'Assistance publique.

Exercice illégal de la médecine

1) Réclamer du Parlement : de compléter la loi sur l'exercice de la médecine, par l'addition d'articles visant la répression de l'exercice illégal, établissant une jurisprudence certaine et sans ambiguïté et constante, qui comprendrait, comme fait d'exercice illégal, la pratique des magnétiseurs et somnambules, le massage sans ordonnance et enfin les agissements de tous les guérisseurs non diplômés, avec ou sans emploi de médicaments et d'instruments de chirurgie.

2) Demander la réglementation de la vente des produits pharmaceutiques ; en particulier faire introduire dans la loi sur l'exercice de la pharmacie l'article suivant : le pharmacien ne pourra rien vendre sans ordonnance, néanmoins une liste de substances inertes, qu'il pourra livrer directement au public, sera dressée.

3) La vente des spécialités sans ordonnance est expressément prohibée.

Automobilisme médical. — La Panne.

Il faut bien l'avouer, ce qui retient encore nos confrères sur la pente de l'automobilisme, ce qui les empêche de se précipiter sur la voiturette, c'est ce monstre d'autant plus effrayant qu'il est plus vague, *quos ego* qui arrête sur route votre belle allure et vous immobilise, ce grain de sable dans la vessie du moteur, la *Panne*, puisqu'il faut l'appeler de ce nom. Il est de fait qu'il n'en est point d'autre ; bien que non sanctionné par l'Académie, il faut bien s'en servir, et la *Panne*, que nul n'appelle autrement et que tous craignent, est en ce moment le point noir, la pierre d'achoppement de tous les médecins convertis, ou presque convertis aux joies de l'automobile.

Qu'ils se rassurent, le monstre est très abordable ; pour qui connaît son moteur, pour qui a roulé quelques mois, la panne n'existe plus et se réduit à une réparation de peu d'importance, à un réglage insignifiant.

Etudions-la de près et faisons scientifiquement la classification des *Pannes*.

1° Le moteur refuse de partir, vous vous escrimez en vain sur la manivelle de mise en marche, vous la tournez d'abord avec douceur, puis frénétiquement, vous êtes en sueur et, comme Tartarin, le moteur ne part pas. La cause en est simple et varie selon les systèmes : ou bien, vous avez *oublié* de ramener au repos votre tige de régulation, et celle-ci, forçant sur les soupapes s'oppose à leur fonctionnement, ou bien vous avez *oublié* de mettre la fiche de contact et le courant électrique ne passe pas ; ou bien encore votre essence est trop froide ou votre bougie est encrassée. Remettez les choses en état, faites passer le courant, nettoyez votre trembleur et votre bougie, injectez dans le moteur de l'essence chaude, maniez la carburation, et vous partirez, car, à moins de bris d'une pièce, (et le cas est invraisemblable puisque votre machine a marché la veille), il n'y a pas de raison pour que, l'allumage étant bon et l'essence normale, la détonation ne se produise pas.

Autre cas : vous laissez votre moteur, il *tape* régulièrement, vous faites quelques cents mètres, tout s'arrête. Là encore, oubli probable de votre part, soit d'ouvrir le robinet d'essence, votre moteur a usé ce qui restait dans le carburateur, puis est mort d'inanition — ouvrez le robinet, tout ira bien ; soit de serrer à fond la vis platinée ou celle qui retient le trembleur, d'où absence de contact et disparition de la force vive — deux tours de tournevis et vous repartez; soit de vérifier l'état de votre clapet d'échappement, il était à demi-usé et s'est guillotiné ; ou encore de votre soupape d'admission dont la goupille est partie, de sorte que n'étant plus sollicitée par son ressort, elle ne se referme plus. Ayez goupilles et clapet de rechange et le tour est joué, etc., etc.

Toutes ces pannes, on le voit, seraient évitables par l'attention et l'examen sérieux des organes, toutes arrivent par la faute du *chauffeur*. Il en est ainsi 90 fois sur 100. Les autres sont dues au bris de pièces importantes, elles sont excessivement rares ; il faudrait être, pour avoir à les subir, particulièrement malchanceux.

Est-ce à dire pour cela qu'il soit toujours facile de découvrir la panne ? Certes non, surtout au début ; vous démonterez bien des pièces inutilement, vous resterez parfois sur route, et vous pesterez contre l'automobile. Au bout de quelques semaines, le mode d'arrêt, le bruit particulier de la détonation, un ronflement des soupapes vous mettront sur la piste, vous acquerrez le *flair du chauffeur* — probablement plus sûr que le fameux flair d'artilleur —, vous arriverez à résoudre sur le champ les petits problèmes que vous pose votre malicieux moteur et vous aurez alors le double plaisir, et d'avoir triomphé de la panne et de parcourir les routes *aussi sûrement* et plus vite qu'avec le meilleur cheval.

Dr Devoir,
Villeneuve (Yonne).

CORRESPONDANCE

L'encombrement médical.

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous prier de me communiquer les statuts du « Concours médical », dont je désire faire partie.

Tout médecin qui lit l'intéressant organe de cette Association approuve certainement la généreuse étude que vous poursuivez sur les causes de la crise subie par la profession médicale en France.

« Il y a trop de médecins, le nombre augmente toujours, il faut réagir » ; voilà le cri unanime de vos honorables correspondants.

Ce cri d'alarme contre l'encombrement a fait germer d'excellentes propositions, telles que l'égalité devant la loi militaire, mais ne craignez-vous pas qu'il n'ait pas une grande portée, puisqu'il n'est entendu que par ceux qui le poussent.

Les journaux médicaux et surtout les journaux d'intérêts professionnels ne sont lus que par les médecins. Les jeunes praticiens pleins d'espérance doivent être tous bien péniblement étonnés quand

le lendemain de la soutenance de leur thèse ils apprennent par le *Concours* quelle crise traverse notre profession.

Il est trop tard !

Je pense, comme vous sans doute, qu'il serait pénible de faire pénétrer le public dans ce que nous pourrions nommer l'intimité médicale et notre dignité (!) ou plutôt notre amour-propre exige, peut-être, que nous cachions le mal dont nous souffrons mais devons-nous être arrêtés par ces considérations? D'autre part, ne croyez-vous pas que les articles et statistiques que vous avez publiés seraient bien plus efficaces s'ils paraissaient dans les journaux quotidiens?

Ils seraient commentés par les pères de famille et communiqués aux jeunes gens qui désirent entrer dans la carrière : ainsi se pratiquerait, en partie, d'elle-même la limitation.

Telles sont les réflexions que je désirais vous soumettre après en avoir causé avec quelques confrères.

Agréez, etc.

Dr VEYRAT,
250, Cours Lafayette, à Lyon.

N. D. L. R. — Notre confrère se fait peut-être quelque illusion en comptant beaucoup sur la bonne volonté de la grande presse pour mettre en lumière les inconvénients de l'encombrement médical. Le public, en effet, s'accommode bien de la concurrence née de l'encombrement : il suivra mollement notre effort.

Néanmoins, quand notre Commission aura montré, dans un rapport, les divers côtés de la question, les causes du mal, les remèdes qu'il faut y apporter, nous pensons, comme notre correspondant, qu'il faudra donner à ses conclusions toute la publicité possible, et nous ne manquerons pas d'en rechercher les moyens.

La pancréatine pour le lavage des mains.

Monsieur et très honoré Confrère,

Tous ceux d'entre nous qui font de la chirurgie ou même simplement des accouchements, savent avec quelle désespérante ténacité le sang, celui des vieillards surtout, s'attache aux moindres replis de l'épiderme, sous les ongles, et à leur naissance ; il faut s'escrimer de la brosse, de la lime et du savon pour enlever la souillure qui résiste comme si elle était incrustée, et pour peu que les interventions soient journalières, on en arrive, l'hiver surtout, à avoir des mains gercées, douloureuses et aptes à s'infecter dans les opérations septiques.

J'avais remarqué qu'après toutes les opérations qui portent sur l'intestin, anus contre nature, entérotomie, etc., les mains se nettoyaient avec une étrange facilité. J'eus l'idée, à défaut de sécrétion intestinale, de me servir de Pancréatine.

Je mets après chaque opération et après un simple lavage à l'eau tiède, gros comme une fève de pancréatine dans mes mains avec quelques gouttes d'eau tiède, je frotte cette pâte sur les parties souillées trois minutes au plus. Je fais un lavage à l'eau de savon et j'ai jusqu'au lendemain des mains d'archevêque ! ! Je suis persuadé que ce moyen simple et peu coûteux en somme, pourra rendre quelque service ; d'autant que de plus autorisés que moi pourront sans peine préciser que par ce moyen on réalise aisément cette asepsie des mains qu'on prétend si difficile à obtenir.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments confraternels.

Dr ROGÉE,
Saint-Jean d'Angély.

N.-B. — La pancréatine dissout la fibrine et c'est là tout le secret de son action.

Le service médical de la gendarmerie.

Monsieur le Directeur,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt les divers articles que votre journal a consacrés à la question de « la monnaie de singe », paiement habituel de presque toutes nos fonctions.

Dans ma modeste sphère, je suis soumis à la plupart de ces déplorables tribulations ; aussi puis-je donner ma note dans le pénible concert.

Voici les faits avec la solution que j'ai cru devoir apporter à la situation.

Notre canton est doté d'une brigade que mes prédécesseurs soignaient gratuitement, ce qui leur valait, à défaut de toute autre compensation, le titre éminemment honorable de médecin de la gendarmerie.

Je me contentais de cette maigre pitance, beaucoup par habitude et un peu aussi parce qu'on est toujours content d'emmagasiner par ci par là certaine somme de reconnaissance à vous venir.

Mais on a entendu nous payer nos services, et c'est, je crois, dans ce but, que vit le jour la mémorable circulaire Gallifet, tendant à améliorer le service médical dans la gendarmerie. Une gamme assez peu variée d'ailleurs de récompenses allait de la lettre officielle d'éloges après dix ans de services gratuits — jusqu'à la possibilité d'une proposition à la Légion d'honneur — après 30 ans !

Lecture de ce tarif me fut solennellement donnée par le brigadier de la gendarmerie.

Tout heureux, je pris acte et répondis par la déclaration ci-dessous :

« Monsieur le Commandant de la
« gendarmerie,

« La lecture d'une récente circulaire du Ministre « de la guerre, circulaire tendant à améliorer le « service médical de la gendarmerie, m'a amené à « constater combien la situation actuelle est différente de ce qu'elle devrait être, étant donné que « les gendarmes et leurs familles, en vertu de conventions librement intervenues, reçoivent des « soins absolument gratuits, alors que le médecin « est rétribué pour les soins donnés aux indigents « inscrits sur la liste d'Assistance médicale gratuite.

« J'ai en conséquence décidé que les gendarmes « et leurs familles seraient désormais traités au tarif ordinaire pour les consultations, visites et toutes autres interventions.

« Cette décision prendra effet à dater du premier « juillet 1900.

« Agréez, etc. »

Tel est, Monsieur le Directeur, le fait particulier que je désirais vous signaler. Le service est aussi bien assuré que par le passé, quelques oboles de plus tombent dans notre escarcelle, les gendarmes, sur états signés par nous, se feront rembourser les dépenses faites, et, en somme, ce que je considère comme saine justice, nous ne ferons pas l'aumône à bien plus riche que nous.

Il y a bien un point noir ! Adieu la « possibilité d'une proposition à la Légion d'honneur, au bout de 30 ans de services gratuits ! »

Mais pour ça !...

Daignez agréer, etc.

Docteur AULÈS,
membre du *Concours médical*,
Saillans (Drôme).

REPORTAGE MÉDICAL

Le Conseil d'administration du *Syndicat des médecins de la Seine*, réuni en séance extraordinaire, a décidé d'ouvrir une souscription pour offrir un souvenir à son Président, le Docteur Jamin, à l'occasion de sa nomination dans la Légion-d'Honneur.

Ce souvenir lui sera remis à un banquet qui aura lieu en novembre prochain.

Adresser les souscriptions au Docteur PHILIPPEAU, trésorier du Syndicat, *8 bis, rue de Châteaudun*, Paris.

Distinctions honorifiques. — Nous adressons nos félicitations à M. le Dr VEYRET, de Courpière (Puy-de-Dôme), membre du « Concours médical » qui vient d'être nommé *officier d'académie*.

Condamnation d'un pharmacien pour avoir délivré de la morphine sans ordonnance. — Le Tribunal correctionnel de Paris a condamné à huit jours de prison et 2.000 francs d'amende un pharmacien qui avait délivré à une morphinomane un gramme de chlorhydrate de morphine sans ordonnance, ni sans inscription sur le registre des matières toxiques. Le pharmacien s'était excusé à l'audience en affirmant que tous les jours ses confrères en faisaient autant. Cette singulière excuse n'a pas été prise en considération par les juges.

L'alcool. — Une cérémonie, bien faite pour réjouir le cœur des distillateurs, a eu lieu à Fécamp le 28 juillet dernier. On a inauguré la statue élevée à un bienfaiteur manifeste de l'humanité : l'inventeur d'une liqueur alcoolique.

M. Fuzet, archevêque de Rouen, primat de Normandie, a prononcé en cette glorieuse circonstance un discours paraphrasant le prospectus de la Bénédictine. Rien n'y manque : le moine alchimiste, la distillation des simples qu'il allait cueillir sur la falaise, la liqueur qui rend la santé, l'INVENTION GÉNIALE, etc....

Il paraît que la *Bénédictine* « est plus qu'une liqueur suave ; c'est une œuvre sociale éminemment chrétienne et française ». — Et M. Fuzet, mitre en tête, a béni les alambics !

(*Normandie médicale.*)

Pour l'émigration française. — La Société *d'Expansion coloniale* organise une branche spéciale ayant pour but de diriger, renseigner et aider les jeunes médecins et pharmaciens français qui désirent émigrer.

Elle tient à la disposition de ses sociétaires, tous les renseignements privés ou officiels sur les ressources des colonies françaises, au point de vue médical et pharmaceutique.

Le *Comité Paul Bert* qui avait le même but et qui a rendu des services aux confrères qui sont allés s'installer aux colonies et à l'étranger, vient de fusionner avec la Société d'Expansion Coloniale, en lui apportant des documents précieux qui seront utiles aux futurs émigrants.

La Société d'Expansion Coloniale, qui compte parmi ses membres des coloniaux et des hommes éminents comme Paul Doumer ; André Lebon ; Général Thibaudin ; Général Japy ; Chaudié ; Général Gallieni ; Lieutenant colonel Marchand ; J. Legrand ; Liotard ; Feillet ; Comité Dupleix ; le Comte N. de Léontieff ; N. Auricoste, directeur de l'Office Colonial ; Collin-Delavaud, directeur de l'Office national du commerce extérieur, etc., etc., accepte les souscriptions et les dons et fait appel aux sentiments confraternels, humanitaires et patriotiques de tous pour la *grandeur de la France par la prospérité de ses colonies.*

Pour être membre adhérent, il suffit d'être français, d'avoir satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement et verser une cotisation de 10 frs. Pour tous renseignements, s'adresser au Siège de la Société, 73, rue du Loup, à Bordeaux.

Concours. — Pour les prix à décerner en 1900 aux élèves externes en médecine, des hôpitaux et hospices, et la nomination aux places d'élève interne vacantes le 1er mars 1901.

L'ouverture du Concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 15 octobre, à midi précis.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et les fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 1er septembre jusqu'au samedi 29 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. — Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au Concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée, déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

Concours. — Pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 1er mars 1901, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

L'ouverture du Concours pour l'externat aura lieu le mardi 16 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce Concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois, depuis le samedi 1er septembre jusqu'au samedi 29 du même mois inclusivement.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4541. — M. le docteur BRIQUET, d'Armentières (Nord), membre du Syndicat des médecins d'Armentières.

N° 4542. — M. le docteur SURREL, de Craponne-sur-Arzon (Haute-Loire), présenté par M. le docteur Courgey, d'Ivry.

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec stupéfaction le décès subit de *M. le Dr Porson, de Nantes*, membre du Concours médical, président d'honneur de l'Union des Syndicats, administrateur de la caisse des Pensions, et membre de toutes nos œuvres.

M. le Dr Porson a longtemps lutté pour la cause sacrée de la défense professionnelle, et au premier rang, et avec le plus grand zèle. Si quelques-uns de ses actes ont été critiqués par nous, comme par beaucoup de confrères, il n'en convient pas moins de nous incliner respectueusement, et avec une émotion bien naturelle, devant cette tombe si prématurément ouverte.

M. Porson n'avait que 53 ans ! Nous adressons à la veuve et à la famille de celui qui fut notre collaborateur, l'expression de nos regrets et de nos condoléances.

Avec un vif regret nous avons aussi à enregistrer, d'autre part, la mort de *M. le Dr Sutils (de La Chapelle-la-Reine)*, membre du Concours, censeur de la Caisse des Pensions, délégué du Sou médical.

M. le Dr Sutils était un partisan aussi modeste que convaincu des œuvres de solidarité qui ont constitué notre puissant groupement.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 36 8 SEPTEMBRE 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Comment certains maîtres nous protègent.

Les Compagnies d'assurances-accidents ont, chez nous, de puissants alliés, pour lesquels la déontologie et la solidarité médicale sont des considérations de médiocre importance.

Qu'on en juge par le fait suivant recueilli à bonne source.

Nos confrères d'un Syndicat, solidement unis, avaient adressé leur ultimatum « Adoption du tarif du Syndicat ou rien ». Une à une les Compagnies françaises se soumettaient : on allait avoir gain de cause.

Les Compagnies étrangères plus tenaces, se dirent : « Mais pourquoi ne pas nous entendre « et confier notre service à un de ces innombra- « bles docteurs étrangers, que la Faculté de Pa- « ris jette tous les ans sur le pavé, avec un di- « plôme, et qui n'ont souvent, dit-on, nul sou- « ci de la dignité professionnelle, et de cette « solidarité médicale qui se met en travers de « nos bénéfices ? »

Partant de là, on chercha l'exotique demandé. Il fut fourni *par un jeune chirurgien des hôpitaux de Paris*, qui ne se fit aucun scrupule de le lancer dans les jambes de nos confrères syndiqués, et de leur barrer la route du succès.

Charmant, n'est-ce pas ? Mais ce n'est pas tout. Au dernier moment, notre étranger ayant trouvé une autre affaire, se dérobe. Seulement il passe la main à un de ses compatriotes : ces gens-là savent s'aider, et se faire aider par..... nos maîtres.

L'étranger n° 2 est aujourd'hui installé : un fixe de 6.000 fr. qu'on allongera, si c'est nécessaire, logement aux frais de la princesse.

Croirait-on que son premier acte a été une demande d'entrée dans le Syndicat, qu'il l'a maintenue après une visite au Président, et qu'il a fallu rejeter officiellement cette demande à l'unanimité ?

Pour notre part, nous sommes stupéfaits de l'audace ou de l'inconscience des trois acteurs en cette affaire.

Des circonstances atténuantes ? Pour nos roumains, cela passe encore : ils ne connaissent les mœurs déontologiques que parce qu'ils en ont appris à la Faculté, et, ma foi, il semble qu'on ait raison de les y croire suspectes.

Mais, le jeune chef de service, le maître de demain, à quel mobile obéissait-il donc ?

N'approfondissons pas. Vous étiez dans le vrai, vous qui nous écriviez que les conférences de MM. Lepage et Le Gendre auraient dû être faites pour les professeurs autant que pour les étudiants.

Trop nombreux, en effet, sont les faits qui prouvent que certains candidats à la gloire médicale ou chirurgicale, se préoccupent surtout de créer, en ville, en province, et à l'étranger, des agents pour leur commerce.

Et si, quelque jour, par impossible, l'Ordre des médecins se trouvait debout, on serait sans doute très étonné à la lecture des noms, que viseraient ses premiers arrêts.

H. J.

REVUE DU CONGRÈS DE MEDECINE

A. CHIRURGIE

La radiographie dans l'étude des fractures et des luxations.

Rapport du prof. Von Bergmann.

La doctrine des fractures a fait, durant les dix dernières années, deux progrès importants : d'abord le traitement opératoire de certaines fractures simples, en vue du rapprochement exact des fragments, puis le diagnostic du foyer de fracture, et l'anatomie pathologique des lésions osseuses au moyen de la radioscopie et de la radiographie.

Il y a sans nul doute des causes locales qui entravent la consolidation des surfaces fracturées : on sait, par exemple, que l'interposition de fibres musculaires empêche la formation du cal au fémur brisé. Il n'est malheureusement pas possible de préciser assez sûrement, à l'aide des rayons de Rœntgen, l'existence de ce fait, pour autoriser une incision. Nous ne faisons que le supposer, lorsque l'image projetée sur l'écran fluorescent nous montre des surfaces déviées « dislocatio ad longitudinem » qui, au lieu de se toucher, laissent entre elles un espace qui conserve toujours la même étendue, quelle que soit la position donnée à la jambe cassée.

Il y a cependant d'autres causes locales du manque de consolidation, qu'une exploration à l'aide des rayons de Rœntgen nous montre clairement, c'est surtout le cas, dans les fractures articulaires et les fractures des petits os. Il suffit de citer un exemple, savoir : la fracture de la rotule.

Malgaigne déjà déplore la fréquence des cas où ces fractures n'aboutissaient pas à une guérison et recommande, longtemps avant notre ère antiseptique, une méthode sanglante, par l'application d'un appareil à travers la peau (griffes de Malgaigne). Mais ces griffes sont un moyen beaucoup plus dangereux que l'incision et la suture des fragments avec du fil d'argent ou d'aluminium bronzé.

L'exploration de fractures récentes de la rotule, à l'aide des rayons de Rœntgen, fait découvrir trois obstacles à la guérison :

1° L'inégalité des deux fragments. Le fragment supérieur étant beaucoup plus gros que le fragment inférieur, il ne s'y adapte par cons.quent qu'au moyen d'une suture.

2° La rupture multiple des fragments. Outre les fragments principaux, se trouvent de petits fragments accessoires ou de petites esquilles qui se glissent dans le trait de fracture et entravent ainsi la coaptation.

3° L'un des fragments se déplace par un mouvement de rotation, de telle manière que la surface fracturée de l'autre fragment le rencontrant à sa surface extérieure, un attouchement des traits de fracture ne peut pas avoir lieu.

Ces divers déplacements étant visibles à l'aide des rayons de Rœntgen, on peut alors se convaincre de la nécessité d'une opération et rechercher le foyer de fracture, afin d'en écarter les obstacles mentionnés ci-dessus et réunir les fragments au moyen de fils métalliques.

L'opération fournit la preuve que le cal est d'une nature osseuse et non pas fibreuse ; des photographies faites à l'aide des rayons de Rœntgen nous démontrent clairement ce fait-là et celui de la consolidation durable osseuse, ainsi que les fils métalliques enfermés dans le cal.

L'opération est la méthode générale du traitement des fractures de la rotule. La question de l'opération est différente dans d'autres fractures, par exemple lorsqu'il s'agit de la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Tandis que le traitement des fractures de la rotule est presqu'uniforme, il n'en est pas ainsi de celui des fractures de l'extrémité inférieure du radius, qui varie selon les formes de ces fractures et les déplacements des fragments.

Les fractures des métatarsiens et des os du tarse étaient presqu'entièrement inconnues avant l'invention de la radioscopie.

On prenait les symptômes de ces fractures pour un gonflement inflammatoire du pied ou pour une contusion, et en les traitant au moyen du massage, on risquait de déplacer davantage les fragments.

Bergmann est partisan, dans ce cas, de l'immobilisation.

Indications thérapeutiques dans l'appendicite.

Voici en quelques mots la substance du rapport de M. le Dr *Jalaguier* sur les indications thérapeutiques dans l'appendicite.

Tout appendice iléo-cœcal malade doit être réséqué. L'opération sera pratiquée « à froid » c'est-à-dire lorsque les phénomènes d'infection générale auront disparu et lorsque les lésions locales auront perdu toute virulence. Cette indication générale n'admet que peu d'exceptions.

La doctrine séduisante et commode de l'intervention hâtive, systématique, aussitôt que le diagnostic d'appendicite est posé, n'est pas acceptable en principe. L'observation prouve, en effet, qu'une crise aiguë d'appendicite se termine généralement par la localisation des lésions et par la résolution, lorsqu'elle est traitée dès son début par l'immobilit., la diète absolue, la glace, l'opium, et, dans certains cas, par les injections de sérum artificiel.

Les manœuvres opératoires risquent de troubler cette évolution favorable, en faisant échec aux forces de l'organisme qui lutte pour le cantonnement et l'élimination des agents infectieux. Dans les cas graves, l'opération n'a souvent d'autre résultat que d'augmenter le collapsus ; et, s'il est juste de reconnaître que, dans la plupart des cas d'intensité moyenne, elle assure la guérison, — guérison qui aurait sans doute été obtenue sans intervention, — il n'en est pas moins vrai, qu'on voit parfois, dans les cas les plus légers en apparence, les opérations les mieux conduites s'accompagner d'accidents formidables, par suppression des fonctions éliminatrices du foie et des reins. C'est que la crise d'appendicite n'est souvent que l'une des manifestations d'une infection générale.

L'intervention hâtive présente encore un autre danger : elle expose à faire opérer quelquefois, après un diagnostic précipité et incertain, des malades atteints d'affections simulant l'appendicite par quelques-uns de leurs symptômes, entre autres la fièvre typhoïde, la grippe à localisations intestinales, l'entéro-colite survenant par crises, voire même de simples coliques hépatiques ou néphrétiques, opérations toujours inutiles, souvent nuisibles, dont on connaît plusieurs exemples authentiques.

L'expérience démontre que la surveillance attentive des malades, l'analyse minutieuse des phénomènes cliniques pendant la crise aiguë d'appendicite, permettent de discerner les cas, peu fréquents du reste, qui réclament l'intervention immédiate. Il en est ainsi pour les péritonites généralisées ou à grands enkystements et pour les collections suppurées circonscrites, dont la résorption n'est plus possible.

Dans la forme diffuse septique de la péritonite, véritable intoxication générale dans laquelle la réaction péritonéale passe au second plan, l'intervention est presque fatalement suivie de mort, tandis qu'on voit assez souvent guérir, grâce aux injections massives de sérum, des cas en apparence désespérés. Il en est de même des appendicites sans péritonite, qui s'accompagnent d'infection générale grave.

L'intervention pendant la période aiguë doit avoir pour objet l'évacuation des produits septiques et

l'établissement d'un large drainage ; quant à l'appendice, il ne faut le réséquer que si on le découvre facilement.

La voie d'accès est la laparotomie latérale pour les péritonites non circonscrites. La même voie convient pour les collections iliaques. Quant aux collections lombaires, péri-hépatiques, méso-cœliaques, pelviennes, etc., on les abordera par des incisions dont le siège sera déterminé par la situation des abcès. On s'efforcera de les atteindre et de les évacuer en évitant ou en protégeant le péritoine libre.

A côté de ces cas pour lesquels l'intervention « à chaud » ne peut être évitée, il faut placer ceux dans lesquels le refroidissement ne peut être réalisé d'une façon complète : appendicites qui, les accidents aigus une fois calmés, n'arrivent pas à la résolution parfaite, et qui se caractérisent, soit par des recrudescences se montrant à des intervalles plus ou moins rapprochés, soit par des accidents d'infection subaiguë.

L'intervention « à froid » est indiquée sans discussion possible dans l'appendicite à rechutes.

L'indication n'est pas moins nette, après une crise unique, aussi bien lorsqu'il ne reste plus trace appréciable de la poussée aiguë, que lorsqu'une douleur localisée ou une induration prouve le passage de l'appendicite à l'état chronique.

L'appendicite chronique succédant à longue échéance à une ou plusieurs crises aiguës, et l'appendicite chronique d'emblée sont aussi justiciables de l'opération. La résection de l'appendice est suffisante dans la plupart des cas pour assurer la guérison. Dans quelques cas invétérés, il peut être nécessaire de compléter l'opération par le traitement de lésions secondaires plus ou moins éloignées : destruction d'adhérences ou de brides, libération d'anses intestinales déviées ou coudées, résection d'épiploon atteint d'inflammation chronique.

Les résultats de l'intervention sont des plus satisfaisants : les troubles dyspeptiques et les accidents d'infection chronique, qui caractérisent cette forme, disparaissent en général d'une façon complète. La seule contre-indication à l'opération se trouve dans l'âge avancé des malades ou dans une altération de l'état général indépendante de l'appendicite, à condition, bien entendu, que l'appendicite reste chronique et ne donne pas lieu à des accidents aigus menaçants pour la vie.

Les indications thérapeutiques dans l'appendicite pendant la grossesse ne diffèrent pas de celles qui viennent d'être exposées : on ne doit intervenir « à chaud » que contraint et forcé. L'intervention « à froid » reste la condition idéale ; elle n'est nullement incompatible avec la vie du fœtus.

Opérations aux reins, quand l'un des deux est malade ou manque totalement.

D'après M. Nankiewicz, de Berlin, on constate l'absence d'un rein une fois sur 4.000 individus. On en connaît 234 cas. Les vaisseaux rénaux manquent toujours ; l'uretère, le plus souvent. Dans un tiers de cas, l'abouchement de l'uretère manquait dans la vessie, de sorte que la cystoscopie put contrôler l'absence du rein.

Sur 32 cas de doubles reins pathologiques, 11 fois les calculs, 6 fois la tuberculose ont été cause de l'opération.

Il y a eu 25 morts sur 32 parce que le chirurgien ne pouvait pas reconnaître l'insuffisance fonctionnelle du second rein.

C'est pourquoi parmi toutes les méthodes d'examen du rein (inspection, palpation, percussion, radiographie, palpation après mise à nu) la seule qui ait une véritable valeur est l'examen fonctionnel de chaque rein séparément. On y arrive en recueillant l'urine de chaque rein par l'urétéro-cathétérisme avec cystoscopie.

Par l'examen physique, chimique, bactériologique et microscopique du liquide, on peut non seulement poser le diagnostic ferme d'un rein pathologique, mais encore prouver la puissance ou l'impuissance fonctionnelle d'un rein par l'emploi de la détermination du point de congélation de Karany, ou du réfrotomètre de Pulprich, de la pression osmotique ou de la concentration de l'urine.

Ce qui réussit le mieux pour prouver l'état fonctionnel du rein, c'est la production d'une glycosurie artificielle par injection de phloridzine. Le rein malade élimine moins de sucre que le rein sain, et dans certaines circonstances pas du tout.

La quantité de sucre éliminé est proportionnelle à la quantité d'urine et à sa concentration. C'est ainsi que l'on réussit à faire en plus du diagnostic anatomique, le diagnostic fonctionnel du rein.

Conclusions. — 1° La chirurgie des reins doit être conservatrice le plus possible.

2° Une opération sur les reins n'est pas permise, si l'opérateur n'a pas essayé à l'aide de tous les moyens possibles à constater l'existence et la fonction suffisante du congénère. En cas douteux on ne doit pas pratiquer la néphrectomie, mais il faut faire la néphrotomie (ou la néphrostomie), plus tard, quand on est sûr de la fonction suffisante de l'autre rein, la néphrectomie secondaire est indiquée.

3° La meilleure méthode d'examiner la fonction des reins est l'examen exact des sécrétions des deux reins, qu'on a recueillies séparément par le cathétérisme des uretères, surtout quand on a produit une glycosurie artificielle par l'injection souscutanée de phloridzine.

Méthodes de traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Les conclusions du rapport de M. *Albarran* sur les méthodes de traitement des rétrécissements de l'urèthre sont que ces différentes méthodes ont des indications dissemblables ; le même traitement, suivant les cas auxquels il s'applique, pourra donner des résultats éloignés absolument contraires.

I. *Rétrécissements inflammatoires non compliqués.* — Au point de vue de la fréquence des récidives, on peut classer ainsi les principaux modes de traitement des rétrécissements de l'urèthre : électrolyse, dilatation progressive, urétrotomie interne, urétrotomie externe, résection et opérations autoplastiques.

L'*électrolyse* pratiquée par le procédé rapide, en une séance, donne lieu à des récidives d'autant plus rapides que la dilatation consécutive est moins prolongée. Les résultats éloignés de l'électrolyse par le procédé lent, paraissent un peu meilleurs, mais les documents publiés ne permettent pas de juger le procédé à ce point de vue.

La *dilatation progressive* doit être méthodiquement conduite jusqu'au n° 60 Beniqué : il faut s'efforcer en outre de rendre au canal sa souplesse, de supprimer les brides que le passage de l'instrument efface, de guérir l'urétrite qui accompagne le rétrécissement et de tarir toutes les sources d'infection urétrale et périurétrale. A ces conditions on peut obtenir de bons résultats éloignés, par la dilatation progressive, mais, sauf dans les cas légers, les résultats obtenus ne seront conservés que par l'entretien du calibre du canal au moyen de périodes successives de cathétérisme dilatateur.

L'*urétrotomie interne* ne peut guère être considérée que comme le premier temps de la dilatation progressive. Elle paraît donner de meilleurs résultats lorsqu'on pratique des sections multiples que lorsqu'on ne fait que la section unique, mais quelque soit le procédé employé, les résultats ne seront durables que si on arrive après une ou plusieurs opérations et par la dilatation consécutive à placer l'urèthre dans les conditions mentionnées à propos de la dilatation progressive. La récidive est aussi bien à craindre après la dilatation progressive qu'après l'urétrotomie interne.

L'*urétrotomie externe* donne des résultats éloignés :

supérieurs à ceux des méthodes précédentes, mais cette opération n'est applicable qu'aux rétrécissements limités. Certains malades sont restés guéris après l'urétrotomie externe, sans avoir pris de soins consécutifs ; ces exemples sont rares et la récidive n'est guère évitée que par la dilatation régulièrement entretenue après l'opération.

La résection de l'urèthre dans les rétrécissements inflammatoires limités de la région périnéo-scrotale donne des résultats éloignés comparables ou supérieurs à ceux de l'urétrotomie externe : lorsque le rétrécissement est supceptible d'être extirpé complètement, on peut espérer que la guérison se maintiendra sans traitement consécutif. Dans la région pénienne les résections étendues exposent à l'incurvation de la verge.

II. *Rétrécissements inflammatoires compliqués de tumeurs et fistules urineuses.* — Dans ces cas la dilatation progressive et l'urétrotomie interne deviennent insuffisantes. L'urétrotomie externe, et mieux encore la résection partielle ou totale de l'urètre, donnent les meilleurs résultats éloignés.

Les opérations autoplastiques n'ont guère été pratiquées que dans des cas particuliers peu comparables à ceux dans lesquels ont été faites les autres opérations.

III. *Rétrécissements traumatiques.* — La dilatation progressive est ici insuffisante à assurer une guérison de quelque durée ; il en est de même de l'urétrotomie interne, quel que soit le nombre des sections. Avec ces modes de traitement la récidive est rapide.

L'urétrotomie externe, donne de meilleurs résultats, mais expose aussi aux récidives, malgré des soins consécutifs réguliers.

La résection de l'urèthre est l'opération de choix : elle réussit mieux dans les rétrécissements traumatiques que dans les inflammations et peut amener d'emblée la guérison définitive.

B. Gynécologie.

Les génitalites féminines post-matrimoniales.

M. le Dr *Guiard*, de Paris, divise les génitalites féminines post-matrimoniales en deux catégories absolument distinctes :

Les unes sont *virulentes* et résultent d'une transmission conjugale qui a son point de départ dans la persistance, chez l'homme, d'une uréthrite chronique. Celle-ci peut encore être gonococcique ; elle est alors éminemment contagieuse. D'autre fois, elle ne contient plus que des microbes variés sans gonocoques ; parfois même, elle est aseptique ; dans ces conditions, il n'est pas absolument démontré qu'elle soit transmissible. En aucun cas, cependant, il n'est prudent d'autoriser le mariage sans s'être assuré par des examens bactériologiques réitérés, notamment après les réactions hygiéniques et thérapeutiques en usage, qu'il n'y a plus à compter avec le gonococcisme latent, et sans avoir consciencieusement employé tous les moyens rationnels qui peuvent procurer la guérison radicale.

Mais on observe, chez les jeunes mariées, d'autres génitalites *non virulentes*. Ce qui fournit la preuve péremptoire qu'elles ne relèvent pas de la contagion, c'est : 1° que la recherche du gonocoque chez la femme soit dans la secrétion urétrale, soit dans celle du col utérin, soit dans celle du cul-de-sac vaginal postérieur est constamment négative ; 2° que l'examen direct du mari par les moyens d'investigation les plus méticuleux, alors même qu'il est pratiqué le plus près possible du début, ne permet aucune constatation suspecte ; 3° enfin, que les injections vaginales antiseptiques à base de sublimé sont incomparablement plus efficaces que dans les formes virulentes, à condition qu'elles soient utilisées sans retard.

Ces génitalites non virulentes ont pour facteur essentiel les microbes saprophytes qui pullulent normalement dans tous les vagins. Longtemps et parfois indéfiniment inoffensifs, ces agents sont néanmoins la plus grande cause des pertes blanches, dont tant de jeunes filles sont affectées et aussi de la métrite des vierges qui n'est pas absolument rare. Mais, au moment du mariage, la congestion dont s'accompagnent inévitablement les premiers rapports, plus ou moins immodérés, favorise puissamment leur action pathogène et c'est ainsi qu'apparaissent les inflammations génitales que l'on appelait autrefois balistiques.

Pour les rendre impossibles, il suffit de détruire les microbes autochtones du vagin ; on y arrive aisément par des injections vaginales antiseptiques régulières, à base de sublimé. L'emploi de solutions variant de 1 p. 10.000 à 1 p. 5.000 est, quoiqu'on en ait dit, absolument inoffensif, en dehors de l'état puerpéral, et suffisant, à condition d'utiliser une technique spéciale. Il faut, en effet, que le liquide antiseptique imprègne toute l'étendue des parois vaginales et, pour cela, qu'elle en produise le déplissement par la retenue intermittente du liquide que la constriction de la vulve, autour de la canule, empêche de sortir. Cette tension vaginale, pourvu qu'elle soit modérée, c'est-à-dire qu'elle ne mette en jeu qu'une différence de niveau de 1 mètre à 1m.25 entre le réservoir et le vagin, ne comporte jamais le moindre inconvénient.

Ces soins d'hygiène antiseptique, s'ils étaient systématiquement employés chez toutes les femmes et les jeunes filles, seraient une garantie précieuse de santé, pour leur appareil génital, empêcheraient nombre de leucorrhées interminables, et même de métrites chez les vierges, de génitalites chez les jeunes mariées, d'accidents inflammatoires graves chez les accouchées. Ils ont malheureusement contre eux des préjugés populaires invétérés et puissants, dont il sera d'autant plus difficile de triompher, que, de nos jours encore, il y a quelques grands médecins qui leur prêtent l'appui de leur autorité.

Le cancer de l'utérus.

En ce qui concerne le traitement du cancer de l'utérus, MM. *Richelot*, de Paris, *Dmitri de Ott*, de Saint-Pétersbourg, et *Thomas Cullen*, de Baltimore, ont été unanimes à déclarer que la méthode thérapeutique par excellence, consiste dans l'hystérectomie vaginale précoce.

« On sait, dit M. Richelot, combien est variable la marche du cancer de l'utérus ; ce qui est frappant, c'est l'allure absolument opposée que peuvent avoir, chez des femmes d'âge analogue et sans raison apparente, deux cancers ayant la même structure et siégeant au même point. Un autre fait remarquable et bien connu, c'est le pronostic meilleur des cancers du corps. Ils durent des années, ils restent beaucoup plus longtemps circonscrits et opérables. Pourquoi ? L'anatomie de la muqueuse et de la paroi utérine, la disposition des lymphatiques ne nous disent pas comment il se fait que l'utérus, profondément dégénéré à sa face interne et réduit à une coque mince, ne soit pas toujours entouré d'une zone en puissance de cancer et de ganglions infectés.

« En somme, il est constant que le cancer utérin traverse deux périodes, qu'il reste enfermé dans l'utérus avant d'envahir les régions voisines, et que la durée de ces deux périodes est soumise à des conditions inconnues, sans doute à l'influence du « tempérament morbide ». Cela dit, quel est notre but, et quelles peuvent être nos prétentions ? Le but rêvé, c'est d'intervenir pendant la première période, avant que la moindre cellule cancéreuse ait cheminé hors de l'utérus, nous pouvons le faire en opérant très près du début. Nous pouvons le faire aussi en arrivant un peu plus tard, si la chance nous fait tomber sur un cancer à marche lente. Alors, qu'arrivera-t-il ? N'ayant pas laissé trace de tissu morbide, nous n'avons rien à redouter de notre ennemi ordinaire, la récidive par simple continuation. Et nous sommes bien près de tenir la guérison radicale : nous la tiendrions, en effet, sans l'arrière pensée d'une prédisposition de l'organisme qui peut à la rigueur n'être pas épuisée et reproduire un nouveau

cancer à plus ou moins longue échéance. Mais ce n'est là qu'une éventualité ; et voilà pourquoi, tout en avouant l'instabilité de nos victoires, il nous est permis de croire au succès définitif.

« Telle était, il y a quinze ans, l'idée qui nous inspirait : prévenir l'envahissement, et non le poursuivre. Tel est, aujourd'hui encore, le véritable traitement du cancer utérin. Hors de là, tout est précaire, incertain, ou condamné d'avance.

« Et cependant, l'organisme complaisant vient encore à notre secours. L'intervention n'est pas toujours sans portée, quand nous arrivons un peu trop tard. Il y a des cancers à marche lente, où l'envahissement de proche en proche, l'infection par continuité de tissus l'emporte sur l'invasion des lymphatiques et le transport des cellules à distance. Il serait excessif de refuser toujours les avantages que peuvent nous donner les perfectionnements apportés à la technique de l'hystérectomie abdominale. Les cas sont rares et difficiles à juger ; mais il est permis d'adopter la voie haute en présence d'un envahissement très discret, paraissant limité à la paroi vaginale, suffisant pour réduire l'autre méthode à l'impuissance, mais éloignant l'idée d'une réelle diffusion du cancer, en présence d'une tumeur à marche lente, quand on a pu suivre assez longtemps l'évolution du mal pour estimer que sa poursuite ne sera pas tout à fait illusoire. Voilà pourquoi j'ai fait bon accueil à l'hystérectomie abdominale, sans la croire souveraine et sans l'adopter exclusivement, parce qu'elle nous permet d'aller un peu plus loin dans la recherche des cas heureux. Mais il convient de marcher dans cette voie avec la plus grande réserve, sous peine d'avoir de nombreux mécomptes.

« J'ai voulu montrer, dans l'exposé qui précède, comment l'hystérectomie vaginale obtient des guérisons qui paraissent définitives, quand elle est faite assez tôt pour prévenir l'envahissement ; comment elle obtient des survies prolongées, sans l'avoir prévenu et sans le poursuivre ; comment l'hystérectomie abdominale est une opération à indications restreintes et rarement efficace. »

C. MÉDECINE.

Action trophique locale du massage abdominal léger.

Par le Dr Saquet, de Nantes.

Les Suédois, ces premiers observateurs en kinésithérapie ont signalé l'action du massage abdominal sur la nutrition générale ; je ne crois pas qu'ils aient décrit explicitement son effet local trophique.

Chez les malades qui s'améliorent par cette méthode, et c'est la généralité, mon attention a été attirée différentes fois sur le changement rapide du ventre sous l'influence du massage très doux.

(Voir Saquet : Supériorité du massage français léger sur le massage étranger violent. Congrès de l'A. F. A. S. Boulogne et *Revue de Cinésie*, déc. 1899)

J'en citerai deux cas frappants.

Première observation. — Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, de taille de 1 m. 80 au moins, ayant subi une croissance d'une douzaine de centimètres dans un an, souffrant de l'estomac depuis 6 mois à la suite de surmenage physique. Malgré différents traitements, il dépérit journellement, et pour ne pas souffrir, diminue sa nourriture, de sorte qu'il est en état d'inanition. Le corps est squelettique, comme certains phtisiques à la dernière période, le teint jaune, les yeux brillants, pas de fièvre, constipation et insomnie, esprit inquiet, persuadé de sa mort prochaine. Son poids qui avait augmenté était après 8 jours de massage de 46 kilos au plus. Le ventre absolument en bateau comme celui d'un enfant atteint de méningite ne présente de sensibilité qu'au creux de l'estomac, il n'est pas souple et assez difficile à palper.

L'amélioration se produit rapidement, l'état général s'amende, le ventre s'assouplit et grossit chaque jour d'une façon visible, jusqu'à atteindre le niveau des épines iliaques ; c'est surtout le milieu qui se développe.

Le régime n'était pas sévère, ni très spécial. Les douleurs ayant vite disparu le malade digéra tout ce que je lui permis.

Les selles ne devinrent régulières et quotidiennes qu'après 3 semaines de traitement. Le ventre était devenu souple et à musculature normale. Un lavement d'eau permis tous les 3 ou 4 jours avait été suivi d'effet. Le patient avait gagné 3 kilos.

Après ce mieux notre jeune homme se surmène à la chasse et retombe dans ses idées noires avec mauvaises digestions.

En quelques jours, le ventre se déprime en bateau, mais chose curieuse que je pus prendre sur le fait, j'eus l'occasion d'observer en même temps le dépérissement rapide des muscles abdominaux qui devinrent en quelques jours de plus en plus mous, phénomène très sensible à la main. C'est d'ailleurs la seule fois où je l'ai constaté, n'ayant pas assisté à des aggravations semblables ou à des débuts de maladie chez des personnes dont je connaissais le ventre par la palpation.

Le malade est alors soumis au régime lacté, malgré sa répugnance, puis à un régime plus fortifiant et progressivement le mieux revient. Tout danger est écarté après 3 semaines de traitement à partir du début de la rechute. Le ventre grossit ou plutôt se remplit parallèlement à l'amélioration qui est définitive cette fois, et dure depuis 5 ans. Le patient a gagné en 6 mois plus de 30 kilos qu'il a conservés.

Deuxième observation. — Une dame d'une cinquantaine d'années, maladive depuis son enfance se présente à moi avec les symptômes de la maladie de Glénard ou entéroptose au dernier degré : émaciation générale, troubles digestifs chroniques, constipation, dyspepsie pour toute sorte d'aliments, absence de faim depuis plus d'un an. Aussi la malade réduisait sa nourriture parce que, disait-elle, sa digestion n'était jamais finie.

Elle était soumise depuis 4 ans au régime de Glénard : laxatifs quotidiens, sangle et régime particulier.

A l'inspection le ventre est en bateau, les muscles en sont souples cependant à la palpation. Le rein droit est flottant, douloureux et son bord inférieur abaissé au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure peut être repoussé légèrement en haut de quelques centimètres.

Le gros intestin est trouvé diminué de calibre sur tout son trajet et présente la moitié du volume qu'il eût dû avoir. L'estomac est abaissé, la petite courbure au niveau de l'ombilic, ne paraît pas dilatée. L'intestin grêle est réduit à rien, glisse mal sous les doigts et donne au toucher l'impression d'un péritoine sec et dépoli. Je me demande comment la vie est possible avec si peu d'intestin.

La malade n'a jamais gardé la chambre, sans pouvoir, pour cela, faire de grandes marches, on le comprend facilement.

Après quelques séances, la constipation céda pour ne plus revenir. Nous supprimâmes tout remède et ayant observé plusieurs malades qui abandonnaient leur ceinture, nous l'avons fait délibérément dans tous les cas, car nous prétendons qu'elle comprime et met obstacle à la circulation, d'où atrophie des muscles abdominaux aussi bien que des intestins. Le ventre n'est pas fait pour être comprimé ou soutenu (ce qui est un euphémisme), pas plus par en haut (corset) que par en bas : ceinture.

Contrairement à Glénard et nous ne sommes pas le seul, nous avons vu le lait toujours bien supporté. Quelques autres aliments légers sont permis et nous insistons sur les repas rapprochés qui réussissent souvent.

Au bout de quelques semaines la faim revint, puis le régime de tout le monde est supporté par la malade ce qu'elle n'avait fait depuis des années.

De semaine en semaine à mesure que l'amélioration se manifesta, la forme du ventre changa. Il s'emplit graduellement, bomba légèrement et vint progressivement affleurer les épines iliaques pour les dépasser un tant soit peu.

Pendant le massage la main perçut alors chez cette dame la sensation de souplesse normale des parois du ventre et des intestins.

Le tout était survenu progressivement et non tout d'un coup comme dans la contracture intestinale ou musculaire dans laquelle on peut voir un résultat brusque du jour au lendemain.

Le gros intestin s'est élargi; les selles sont normales et le tout se maintient depuis plusieurs années.

J'ai observé les mêmes faits dans le cas de ventre creux avec diarrhée, le massage est un peu différent voilà tout.

Il faut en moyenne dans les cas graves de 6 semaines à 3 mois de massage quotidien les premiers temps, puis de plus en plus écarté pour obtenir un pareil résultat. La durée d'une séance est de 10 à 20 minutes.

J'entends par massage doux, le massage *français* tel qu'il est employé par MM. Merry, Championnière et Stapfer, associé à la technique suédoise.

J'insiste sur ce point qu'avec le régime seul il faut souvent des années pour améliorer les malades tandis qu'en ajoutant le massage c'est une question de semaines.

J'ai obtenu nombre de fois ce résultat de grossissement du ventre et de son contenu avec amélioration corrélative sous l'influence d'un massage très doux. On sait au contraire qu'un massage énergique du ventre le fait maigrir, au moins momentanément.

Je considère donc ce phénomène de grossissement abdominal comme d'un bon pronostic qui ne m'a jamais trompé depuis bientôt dix ans que je m'occupe de massage.

PHTHISIOLOGIE

Traitement allemand de la tuberculose pulmonaire dans les hôpitaux et dans les classes pauvres.

Le meilleur traitement des tuberculeux encore guérissables consiste évidemment à les faire entrer dans des instituts, spécialement destinés à la cure de la tuberculose. Malheureusement ces maisons sont encore en nombre trop restreint, et, d'un autre côté, certains malades ne peuvent y entrer, parce qu'il importe pour eux de ne pas quitter leur travail ou leur famille, ou encore parce qu'ils ne le veulent pas, en raison d'un préjugé stupide contre ces établissements, qui persiste dans leur esprit. Il n'est donc pas inutile de se demander quels moyens nous avons pour guérir ou améliorer ces patients. M. Burghart, qui s'est livré à cette étude (*Berliner Klinische Woch.*, juillet 1900), s'est basé sur sa pratique personnelle, pour indiquer les moyens les moins onéreux, qu'il faut employer en pareil cas; par conséquent ceux qui sont susceptibles de s'appliquer à la clientèle hospitalière, ou à celle des gens peu fortunés.

L'auteur passe tout d'abord en revue le traitement, applicable à un certain nombre de symptômes, qui, sans être constants, sont néanmoins assez fréquents chez les phthisiques. Quand des malades, présentant de *la fièvre*, par exemple, sont encore susceptibles d'amélioration, il faut les condamner au lit, jusqu'à ce qu'ils soient devenus apyrétiques plusieurs jours de suite. Quand on leur permet de nouveau de se lever, il faut observer soigneusement leur température, afin qu'à la moindre hyperthermie présentée par eux, on puisse restreindre leurs mouvements, et éviter ainsi une nouvelle reprise de la fièvre. Burghart fait remarquer que ce repos au lit doit quelquefois être prolongé pendant plusieurs semaines, si l'on veut obtenir un résultat favorable. Naturellement on n'agira pas avec autant de sévérité et de persistance chez des personnes condamnées à bref délai, car il importe surtout chez celles-ci de ménager le moral. On sait, en effet, que pendant le repos au lit, la toux, les douleurs, les sueurs sont plus tenaces qu'autrement, et que le malade croit aussi sa situation plus grave. Bref, ce traitement, appliqué pendant quelques semaines, amène souvent, non seulement la défervescence de la température, mais encore une amélioration notable de l'état général.

Quand on n'a pas réussi à faire de la sorte tomber la fièvre, on peut essayer des lavages du corps à l'eau froide; ceux-ci se font le soir, et peuvent être au besoin renouvelés une fois dans la journée. On peut encore donner de la quinine ou de la phénacétine à la dose de 0,50 centigr. par jour, par doses de 0,10 centigr. L'acide salicylique et l'antipyrine sont contre-indiqués, en raison de leurs propriétés diaphorétiques.

Passons au symptôme *sueur*. Une légère sudation, surtout diurne, ne nécessite aucun traitement particulier. Il n'en est pas de même des sudations abondantes, et surtout nocturnes, qui consument rapidement. Ici encore, Burghart emploie rarement la médication interne, et en particulier l'atropine; il se contente de donner quelquefois le camphre et ses composés. L'auteur a une préférence marquée pour les lavages à l'eau froide, simple, ou aromatisée par du citron ou du vinaigre, ou encore pour les lavages avec de l'esprit de vin. Récemment on a préconisé l'alcool mentholé à 1-2 p. 100; si la dilution était plus forte, la sensation de fraîcheur serait trop grande. L'alcool, pris à l'intérieur à petite dose, atténue également la sudation. Il en est de même pour l'infusion de sauge, quand la sudation est de faible intensité. Enfin, on a conseillé ces derniers temps de frictionner chaque jour une autre partie du tronc avec de la formaline en solution dans l'alcool; le titre ne peut en être élevé, car on provoquerait une irritation de la muqueuse respiratoire et des lésions cutanées. On emploie la formaline à 10 p. 100, mêlée à 3 ou 4 p. 100 de menthe poivrée, pour dissimuler la mauvaise odeur.

La *diarrhée* est très fréquente chez les tuberculeux; mais elle est souvent le résultat d'un écart de régime, d'ingestion de lait en trop grande quantité, ou d'un refroidissement, et dans ces conditions, elle n'est pas très persistante. Il suffit pour la faire disparaître de changer un peu le régime, de supprimer le lait, et de donner quelques préparations mucilagineuses (orge, avoine...), ou encore du bouillon de mouton. Enfin, des moyens peu onéreux consistent à frotter le ventre avec de l'huile chaude, et à recouvrir ensuite de coton, ou encore à appliquer des cataplasmes chauds. Comme médicaments on emploiera de petites doses de bismuth pur ou mélangé d'extrait d'opium, de la tannalbine, du tannigène, du dermatol. Si la diarrhée est indubitablement liée à une tuberculose intestinale on emploiera d'une façon plus

suivie la diète, le tannin, le bismuth, l'opium, ou encore la créosote, et les lavements d'amidon.

Quant à la *douleur*, si, grâce à sa durée et à son intensité minimes, elle ne nuit pas à l'état général du malade, on doit négliger de la traiter. Si, au contraire, elle déprime le patient, il faut, à tout prix, la calmer. Comme moyens domestiques, nous emploierons tout d'abord les cataplasmes chauds, les frictions d'huile, les sinapismes. Les douleurs pleurétiques si fréquentes chez les tuberculeux diminuent souvent quand on immobilise le thorax correspondant à la région malade par un bandage de diachylon, ou par une bande de flanelle. Si ces moyens ne suffisent pas, on a recours à l'opium, à la morphine, à la dionine ; la dionine remplace très bien la morphine ; elle n'a pas ses inconvénients, et coûte moins cher.

Arrivons en dernier lieu aux *hémorrhagies*. Pour éviter les hémoptysies le malade doit avoir le plus grand repos corporel et moral, et une nourriture, qui soit suffisante, sans être trop abondante. Le médecin devra se garder de faire asseoir ou de remuer pour l'ausculter le tuberculeux, qui vient d'avoir une hémoptysie abondante ; il défendra à ce malade tout effort de réflexion, il lui interdira de parler, et par conséquent il devra s'en rapporter à l'entourage pour les anamnestiques. Le patient ne devra pas avoir trop chaud dans son lit ; on lui appliquera une vessie de glace sur la poitrine autant que possible au niveau du siège présumé de l'hémorrhagie, sinon au niveau du cœur. Cette vessie de glace forcera le malade à garder l'immobilité, et elle calmera les battements de son cœur. Le malade ne devra remuer aucun bras pour se nourrir, ou porter un verre à sa bouche ; on devra l'aider pour cela ; au besoin même, il pourrait aspirer au moyen d'un tube en caoutchouc les liquides contenus dans des récipients placés à proximité de son lit. Il devra manger souvent, mais peu à la fois ; enfin il évitera d'ingérer de grandes quantités de liquides pour ne pas élever la pression sanguine.

Pour procurer du sommeil au malade, on lui donnera un peu de morphine (5 milligr. en injection sous-cutanée), car il ne faut pas qu'il ait un sommeil trop profond, pour éviter l'asphyxie, ou la pneumonie par aspiration, au cas d'une nouvelle hémoptysie.

Comme médicaments hémostatiques, nous citerons l'ergotine, l'hydrastis, l'acétate de plomb. Reste la méthode de Lancereaux et Paulesco, c'est-à-dire l'injection sous-cutanée d'une dilution de 1 % de gélatine, dans une solution saline à 1 % ; il faut dire que cette injection n'est pas sans remuer beaucoup le malade à cause des précautions antiseptiques à prendre. On peut encore ingérer cette gélatine. M. Burghart a expérimenté sans grands résultats l'un et l'autre procédé. Enfin, dans les hémorrhagies importantes, on doit encore faire des injections sous-cutanées de solutions salines. La solution physiologique serait insuffisante, il faudrait la titrer à 1,50 ou 2 %, afin d'obtenir un effet hémostatique plus sûr.

A présent, nous allons passer en revue les moyens que possède le médecin pour lutter contre la tuberculose. Les uns sont médiats, c'est-à-dire agissent en fortifiant l'organisme ; les autres sont immédiats, spécifiques, attaquent directement le bacille de Koch.

Les premiers sont hygiéniques, diététiques, et aussi prophylactiques. Ces derniers consistent à veiller tout particulièrement sur les malades atteints de catarrhes bronchiques, de pleurésies, de pneumonies, affections qui souvent prédisposent à la phthisie ; on devra entr'autres leur éviter toute promiscuité avec les tuberculeux. Il faut aussi surveiller d'une façon rigoureuse les scrofuleux, les anémiques, les chlorotiques. Dans la classe aisée, cette tâche est moins ardue, car les gens ont le temps et les moyens de faire des cures dans des sanatoria spéciaux. Il n'en est pas de même dans la classe pauvre, et il serait à souhaiter qu'on trouvât bientôt un remède spécifique contre ces maladies.

Quant à l'hygiène, il est de toute nécessité de faire respirer au malade un air pur, la poussière et le brouillard lui sont absolument néfastes. Il faudrait pour cela placer le lit du malade près d'une fenêtre et non pas dans un coin obscur de chambre ; il faudrait établir l'atelier de l'ouvrier non pas dans un sous-sol obscur, mais en plein air.

Le patient doit se promener, mais d'une façon modérée, de façon à éviter toute élévation de sa température. Enfin la propreté ne doit pas être négligée non plus, en tant que propreté de l'habitation, et surtout que propreté corporelle. Nous n'ignorons pas toutes les difficultés que nous avons à vaincre à ce sujet, en particulier dans la classe ouvrière ; or il est très facile à l'artisan de prendre de bonnes habitudes de propreté, mais encore faut-il qu'il évite avec soin tout refroidissement.

Une chose essentielle pour le tuberculeux, c'est d'avoir un bon sommeil. Le sommeil peut être troublé par la sudation, la douleur, la diarrhée. Nous en avons déjà parlé ; mais il peut encore être altéré par des palpitations cardiaques, des excitations nerveuses, de la toux, toutes choses auxquelles le phthisique est très enclin. On calme les palpitations et les excitations nerveuses par des enveloppements froids, par un lavage du corps à l'eau froide, qu'on pratique avant le coucher ou encore par la teinture de valériane, le brome, le trional. Contre la toux, on donne dans la journée des inhalations de camomille, et dans la nuit de petites doses de codéine, ou de morphine. Remarquons que la narcose ne doit pas être trop profonde, elle doit seulement avoir pour but de calmer l'excitation. — Quand la toux est provoquée par des lésions laryngées, il faut traiter ces dernières.

Quant à la nourriture des tuberculeux, les uns préfèrent un régime animal, les autres un régime végétal. Burghart préconise un régime mixte, mais plutôt animal. Quand l'appétit est bon, et que la digestion se fait bien, le nombre des repas ne doit pas excéder deux ou trois ; il faut éviter avec soin des aliments susceptibles d'amener une inflammation du tractus intestinal. L'auteur rappelle que le sucre est souvent un adjuvant précieux ; il est peu coûteux, et peu irritant pour les muqueuses ; en outre, il possède une haute valeur nutritive. Quand les malades se nourrissent mal, assimilent mal, il donne volontiers 100 à 250 grammes de sucre par jour. Il ne recommande ni le sucre de raisin, ni le sucre de lait, qui amènent souvent des nausées et

de la diarrhée. Par contre, le sucre de canne et le sucre de betterave sont bien supportés.

Si l'appétit manque, on peut le rappeler en faisant ingérer au malade un quart d'heure avant son repas un cornichon acide, un peu de hareng, quelques sardines, des amers, de la teinture de gingembre ; la créosote agit dans le même sens, tout en luttant contre l'atonie stomacale. La question de l'alcool dans l'alimentation du phthisique est très discutée ; certains médecins le préconisent à petites doses, en raison de son action excitante.

Passons maintenant aux spécifiques de la tuberculose. Nous citerons d'abord les différentes inhalations, astringentes (tanin), résolutives (bicarbonate de soude, carbonate d'ammoniaque, camomille), ou ozonisantes (térébenthine) ; leur emploi est trop connu pour y insister davantage. Burghardt a encore employé récemment, avec succès, les inhalations de solution aqueuse de formaline. Ce corps possède, en effet, des propriétés désinfectantes, désodorisantes et astringentes ; et, chose remarquable, par les inhalations il pénètre dans les plus petites ramifications bronchiques, sans perdre aucune de ces propriétés. On pratique ces inhalations au moyen d'un masque, qui renferme un tampon, trempé dans la solution de formaline. Cette solution est d'abord à 0,25 %, puis à 1/2, 1, 1 1/2, et 2 %, à mesure que le malade s'y habitue. Pour éviter les phénomènes d'irritation, on verse sur le tampon 4 ou 5 gouttes d'huile de menthe poivrée. Le malade fait 3 inhalations par jour ; elles durent d'abord 1/4 d'heure, puis 1 et même 2 heures ; chaque 1/2 heure on renouvelle le tampon. Ce mode d'inhalation, employé aussi dans les cas d'abcès du poumon, de gangrène pulmonaire, diminue considérablement la fétidité de l'haleine.

Nous citerons ensuite les remèdes injectés, soit dans les veines, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit loco dolenti : les tuberculines de Koch, la tuberculocidine, et l'antiphthisine de Klebs, le sérum de Maragliano, l'hétol de Lauderev, l'huile camphrée d'Alexandre, un produit organothérapeutique : le suc pulmonaire, enfin la créosote et ses dérivés.

Les tuberculines, la tuberculine R. moins que l'ancienne tuberculine, ne donnent pas grand résultat, sont difficiles à supporter par le malade, en même temps que très coûteuses. Les procédés de Klebs et de Maragliano sont encore trop peu connus pour être jugés. Il en est presque de même de l'hétol ; pour être efficace, l'injection doit être intraveineuse, ce qui est aussi ennuyeux pour le médecin, que pour le malade. L'huile camphrée d'Alexandre est peu coûteuse, et facile à employer, mais les vingt malades, sur lesquels l'auteur l'a expérimentée, n'ont pas donné lieu à des résultats aussi brillants qu'on aurait pu le supposer de prime abord. Les produits organothérapeutiques (suc pulmonaire) ont encore été peu employés.

Restent la créosote et ses dérivés. Disons toutefois que le tanin, l'acide salicylique, l'iodoforme, l'hydrogène sulfureux, l'arsenic, le sublimé, etc., ont été tour à tour employés et abandonnés. Quant à la créosote, dit Burghart, la confiance qu'on lui accorde est tout à fait méritée. Certainement, ce n'est pas là un moyen infaillible, mais on peut en obtenir d'excellents résultats quand on l'emploie dans des cas qui ne sont pas encore tout à fait désespérés. La créosote est généralement bien supportée. Si la première dose du médicament est bien supportée, on attend quelques jours avant de donner la 2e dose ; de même pour la 3e dose ; on peut même chaque fois changer la forme du médicament. Au bout de trois fois, le malade est généralement habitué ; il ne doit pas se laisser rebuter par le goût de créosote dans la bouche, ou par quelques nausées. Le mode d'action de la créosote n'est pas très connu. On sait que l'appétit augmente, que le contenu du tractus intestinal est désinfecté, que l'expectoration diminue. Les toxines du bacille de Koch seraient moins dangereuses d'après Savoire.

On emploiera telle ou telle préparation de créosote, suivant les dispositions du malade. A côté de la créosote et de son principe actif le gaïacol, on donne les carbonates de ces corps (créosotal et duotal). Ces deux dérivés organiques seraient préférables aux corps précédents ; car leur action irritante sur la muqueuse stomacale serait moindre ; ils se dédoubleraient ensuite lentement dans l'intestin en créosote et gaïacol ; de telle sorte que la muqueuse ne serait jamais en contact qu'avec une faible proportion de substance active, et que la résorption en serait ainsi très lente ; d'où une action moins brutale sur l'organisme. Ajoutons aussi que la décomposition du créosotal et du duotal est parfois trop lente pour permettre l'absorption de tout le principe actif qui y est contenu. Le reste est éliminé avec les selles.

Il faut donc ordonner le créosotal, quand on ne désire qu'une action limitée du médicament (pour augmenter l'appétit, par exemple, et par suite, fortifier l'organisme dans sa lutte contre la tuberculose), ou quand on veut éviter une action irritante sur les muqueuses, ou quand les reins sont tuberculeux. Quand, par contre, il est nécessaire d'agir par de fortes doses de créosote, on donne ce médicament en nature. Souvent on a dit que la créosote ne donnait pas de résultats. Cela tient à ce que, dans ces cas, les doses employées étaient trop faibles. Des doses faibles excitent les fonctions stomacales ; mais lorsque ce moyen ne suffit pas à l'organisme pour lutter contre l'infection, il faut alors imprégner de fortes doses. La pharmacopée a fixé des doses maxima trop faibles ; il faut dans ces cas 3,5 gr. par jour, quelquefois même jusqu'à 10 et 12 grammes : c'est la question de susceptibilité personnelle du malade. On commence par trois doses quotidiennes de 0,1 décigramme ; puis, si le malade supporte bien le médicament, on va progressivement, en augmentant toujours d'un décigramme, jusqu'à 3 ou 4 grammes, pris en quatre ou cinq fois. Pendant la cure de créosote, il se produit quelquefois de petits accidents : perte d'appétit, diarrhée..., qui ne sont pas imputables au médicament ; on cesse alors l'administration de celui-ci, jusqu'à disparition des symptômes morbides, puis on continue la cure. Si on avait déjà atteint les fortes doses, on les diminue un peu, pour les atteindre de nouveau rapidement. Si les accidents se prolongeaient un peu, on remplacerait la cure interne par des badigeonnages cutanés de créosote, moyen employé d'ailleurs pour la pleurésie, la péritonite... Quand on a la chance de pouvoir

continuer la cure pendant un certain temps, on obtient souvent de très bons résultats. L'inflammation rénale n'est pas aussi à craindre qu'on veut bien le dire.

D'une façon générale, pour éviter l'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale, il faut éviter que la créosote n'y arrive à jeun ; et il faut la diviser en plusieurs doses, si on doit en prendre une certaine quantité. Disons, enfin, que la créosote ne doit pas être donnée sous forme de gouttes, pas plus que sous forme de pilules de créosote, car celles-ci roulent pendant un certain temps dans l'estomac, et en imprégnent les parois. Mieux vaut la donner sous forme de capsules gélatineuses, de 0,1 décigr., par exemple, ou alors de pilules à base de sucre.

Dr GEORGES.

MÉDECINE LÉGALE

Le rapport et la consultation en médecine légale.

Depuis qu'on a revisé le tarif des honoraires médico-légaux, depuis surtout qu'il est question de modifier la loi réglant les rapports des médecins avec la justice, la médecine légale est l'objet de plus d'attention de la part des praticiens.

Beaucoup d'entre eux, cependant, n'ont pas toujours présentes à l'esprit les règles qui doivent présider à la rédaction d'un *Rapport* ou d'une *Consultation médico-légale*, quelques-uns même confondent ces deux formes de documents.

Au risque de blesser la susceptibilité des médecins légistes professionnels, qui sont parfaitement au courant de ces questions essentielles, nous plaçons sous les yeux de nos jeunes confrères quelques notions élémentaires relatives au rapport et à la consultation.

1° Le rapport est un acte officiel rédigé sur la réquisition de l'autorité et après serment.

Il diffère du certificat parce que tous les médecins n'ont pas qualité pour le faire : il faut toujours une délégation judiciaire pour rapporter. Le certificat n'a qu'une importance secondaire aux yeux de la justice, tandis que le rapport est considéré par les magistrats comme un jugement porté sur les faits qu'ils ne peuvent apprécier.

On distingue les *rapports judiciaires* et les *rapports administratifs*. Les premiers ont pour but d'éclairer la justice dans les affaires criminelles ; les seconds se rapportent généralement à des questions d'hygiène et de salubrité publique.

Il y a encore les *rapports d'estimation*, qui ont pour objet de décider si les honoraires réclamés par un médecin ou les notes d'un pharmacien ne sont pas susceptibles de réduction.

Sous la dénomination de *rapports officieux*, on désigne ceux que tout médecin ou chirurgien doit adresser à la justice lorsqu'il a été appelé à donner des soins à une personne dont la maladie ou les blessures lui paraissent être le résultat d'un crime ou d'un délit. L'article 30 du Code d'instruction criminelle est en effet très explicite sur ce point.

« Toute personne qui aura été témoin d'un attentat contre la sûreté publique, soit contre la vie ou la propriété d'un individu, sera pareillement tenue d'en donner avis au procureur de la République, soit du lieu du crime ou délit, soit du lieu où le prévenu pourra être trouvé. »

Il importe cependant de faire remarquer qu'aucune sanction pénale n'est attachée à cet article, et que son exécution est soumise dans bien des cas à l'appréciation consciencieuse que fait des circonstances le médecin qui se trouve dans cette situation.

2° *Forme du rapport*. — Un rapport se compose en général de quatres parties ; 1° le *protocole* ou formule d'usage ; 2° l'*exposition* ou description des faits ; 3° la *discussion* ou le raisonnement ; 4° les *conclusions*.

Le *protocole* contient généralement cinq parties : *a*, désignation du médecin rapporteur, avec titres et qualités, indication de la demeure ; *b*, indication et nature de la réquisition ; *c*, date comprenant le jour, l'heure et le lieu ; *d*, l'indication du serment prêté, l'indication des personnes présentes et surtout du magistrat commis pour assister à l'expertise.

L'exposition comprend tout ce que l'expert a observé (*quod visum et repertum*).

Dans la discussion, l'expert insiste sur les points qui paraissent avoir de l'importance : il s'efforce d'établir par des caractères précis la nature des faits observés.

Les *conclusions*, qui résument l'ensemble du rapport, doivent être aussi claires et aussi courtes que possible.

La rédaction d'un rapport doit être claire et concise ; les phrases courtes, exprimant en général un seul fait. Il faut, autant que possible, éviter les termes techniques, afin de se faire comprendre de tout le monde. Lorsque la dénomination est trop vulgaire et qu'elle peut faire taxer le médecin d'ignorance des termes de son art, on doit employer l'expression technique et placer la signification qu'elle représente entre deux parenthèses. Tous les faits qui conduiront à des conséquences, sous le rapport de la conclusion, seront annotés par un numéro d'ordre, de manière à pouvoir s'appuyer sur chacun d'eux. Cette méthode ne doit pas être nécessairement suivie, mais lorsqu'elle est employée avec succès, elle dénote un esprit méthodique et éclairé. Il ne faudra donc pas l'adopter lorsque l'on ne sera pas certain d'interpréter rigoureusement tous les faits en particulier. Voici quelles pourraient être les conséquences d'une interprétation vicieuse : tout rapport, quelque simple qu'il soit, peut être, par la suite, l'objet des commentaires de la part de nouveaux experts, soit dans le cabinet, soit devant le tribunal. Des consultations médico-légales peuvent être demandées à l'occasion de ce rapport, et si l'interprétation des faits n'est pas rigoureuse, on ne manque jamais par devoir ou par amour-propre, d'en relever l'inexactitude.

Quant à la conclusion, elle ne saurait être que la conséquence rigoureuse de *chacun* des faits *suivant les uns* ; ou l'expression de la *conviction morale* du médecin, *suivant les autres*. La manière de voir des premiers nous paraît trop exclusive. D'après elle, il faudrait prendre les faits *isolément*, les peser à leur juste valeur, et voir ce qu'ils prouvent. Eh bien, il arrive souvent que sur vingt faits isolés on n'en trouve pas un qui puisse devenir à lui seul *une preuve* de crime ; mais si l'on vient à grouper ces faits, on acquiert un ensemble de présomptions tellement graves, qu'elles équivalent à une preuve, ou au moins qu'elles suffisent pour établir une conviction.

3° *La consultation.* — La consultation médico-légale est un mémoire pour apprécier, contrôler et quelquefois contredire les rapports officiels présentés à la justice par les experts.

La consultation peut être présentée par la défense ou demandée par le ministère public.

Dans le premier cas, elle n'est pas assimilée à la déclaration écrite d'un témoin, et la Cour ne peut empêcher le défenseur d'en donner lecture.

Dans le second cas, plusieurs médecins sont ordinairement consultés, à la fois comme dans le cas d'un simple rapport ; ils sont convoqués par un magistrat et réunis auprès de lui pour requérir et recevoir leur acceptation, ainsi que pour prêter serment. On met alors à leur disposition les différents rapports déjà présentés et toutes les pièces de l'instruction qui peuvent éclairer leur opinion.

La consultation doit être rédigée sur le même modèle que le rapport, mais les faits doivent y être exposés avec plus d'étendue. Le médecin ne doit rien négliger pour rendre ce document aussi complet que possible. Les faits peuvent être discutés et accompagnés de tous les commentaires et de tous les raisonnements jugés convenables. Le médecin appelé à rédiger une consultation peut entourer son opinion de tous les développements nécessaires et puiser des observations et des faits dans les auteurs qui ont traité de la même matière.

(*Journal de médecine de Paris.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Hommage à MM. Cézilly et Gassot.

Nos confrères ayant souhaité que partie du produit de la souscription fût consacrée à une œuvre de bienfaisance médicale, la souscription reste ouverte jusqu'à notre assemblée générale de novembre. Chaque fin de mois, nous publierons la liste des nouveaux souscripteurs. On tiendra à honneur d'y figurer.

Dr Maurat, Dr Jeanne.

CONGRÈS DE DÉONTOLOGIE DE 1900

De l'abus de la réclame médico-pharmaceutique

Par le Dr Richard-Lesay (de Lille)

Toutes les associations qui se sont constituées, soit dans un but scientifique, soit dans un but de conservation ou de relèvement des intérêts moraux et matériels de la profession médicale, ont frappé de reprobation, comme contraire à la dignité médicale, la réclame par affiches, annonces ou prospectus sollicitant l'afflux de la clientèle. Bien que le nombre de ceux qui usent de cette pratique blamable soit relativement restreint, il tend néanmoins à s'accroître depuis quelques années, et n'est plus quantité négligeable.

En posant la question devant le Congrès, nous n'avons pas seulement en vue les médecins que les rigueurs de la lutte pour l'existence incitent à la défaillance, mais aussi, tous ceux qui, plus blâmables, exploitent cyniquement la crédulité inépuisable d'un public que l'espoir de guérir fait taillable à merci et que la souffrance rend intéressant.

C'est surtout contre cette forme de l'exercice illégal de la médecine, insaisissable dans l'état actuel de la législation, ou plutôt de la compréhension des lois, que nous vous demandons d'organiser la lutte.

Vous ne ferez pas seulement œuvre de défense professionnelle, mais aussi et surtout, œuvre de salubrité publique.

Certaines réclames qui s'étalent effrontément de la 1re à la 4e page des journaux, sont de véritables escroqueries, quand elles ne sont pas nuisibles et n'aggravent pas la maladie de ceux qu'elles ont suggestionnés.

N'appartient-il pas au Conseil d'Hygiène d'éclairer les pouvoirs publics sur ces agissements d'une probité plus que douteuse ?

N'aurions-nous pas le droit de compter sur le groupe médical des deux chambres qui, connaissant le péril aurait le devoir de nous apporter son concours pour le conjurer.

Il n'est pas un de nous qui ne constate, chaque jour dans sa pratique médicale des cas bien avérés d'aggravation chez des malades trompés par les vertus imaginaires de tel ou tel produit vantés parfois dans un boniment dont le célèbre Mangin eût été jaloux. C'est par milliers qu'on en pourrait citer des exemples et en les publiant on ferait œuvre utile.

Récemment M. le Pr Folet, doyen honoraire de la Faculté de Lille a communiqué à la société centrale de médecine du Nord deux cas de ce genre d'exploitation dont l'un ayant hâté la mort, auraient pu légitimer une demande en dommages-intérêts. Et combien d'autres victimes pourraient figurer au martyrologe de la réclame médico-pharmaceutique ?

Faut-il avec notre confrère, faire aveu d'impuissance, dire avec lui : « vulgus vult decipi.... decipiatur. » Nous ne le pensons pas et nous espérons que notre appel sera entendu.

Le 3 avril 1900, des modifications ont été apportées à la loi sur les courses de chevaux, dans le but de mettre un terme à l'exploitation du public par les agences de pronostics. Celles-ci ne s'attaquaient partout qu'à la bourse des badauds, alors que certaines réclames médico-pharmaceutiques s'attaquent en même temps à la bourse et à la vie

En dehors du monde médical, les gens les plus intelligents, les plus cultivés, pour peu que l'appât soit enveloppé d'une vague vernis mystico-scientifique se laissent prendre avec une facilité dont on reste confondu. Ils ne s'en vantent pas, d'ailleurs, estimant que le rôle de dupe est plus avantageux dans la coulisse.

Le mal qui ne date pas d'hier avait en 1848 attiré l'attention du ministère de l'instruction publique, jugez de ses progrès depuis cette époque ! Et déjà M. de Salvandy estimait que le droit d'affiches et d'annonces, en matière médicale avait besoin d'être limité dans de sages proportions, qu'en dire maintenant. La révolution de 1848 mit à néant sa louable initiative.

Son projet de loi sur l'exercice de la médecine contenait un article, repoussé, il est vrai, par la chambre des pairs, mais dont il appelait devant la chambre des députés, l'article 25 que vous trouverez plus loin dans nos conclusions.

Vous jugerez de son opportunité et des tempéraments qu'il y aurait lieu d'y apporter : si vous le trouviez trop draconien.

Tel quel, il n'est incompatible ni avec la liberté du commerce, nous entendons le commerce honnête, ni avec la liberté de la presse. La liberté de penser et d'écrire n'a rien de commun avec la liberté du dol.

Le sujet que nous traitons comporterait de plus longs développements et de nombreuses considérations qui vous sont déjà venues à l'esprit, nous les passerons sous silence n'ayant eu que le but d'amorcer la question, et comme on dit d'attacher le grelot.

En raison de la haute autorité qui s'attachera aux décisions de ce congrès de déontologie et de médecine professionnelle, qui, nous en exprimons l'espoir, ne sera que la 1re stape dans la voie de la défense de nos intérêts et de la santé publique, nous nous proposons de voter les résolutions suivantes :

1° Le congrès frappe de réprobation comme contraire à la dignité professionnelle toute réclame de quelque nature qu'elle soit, de la part des membres du corps médical.

2° Aucune spécialité pharmaceutique, les remèdes secrets n'ayant pas d'existence légale ne pourra être mise en vente sans être munie d'une étiquette apparente donnant la composition exacte des produits.

3° Il y a lieu de traiter, comme dangereux pour la santé publique, le droit de réclame médico-pharmaceutique et, dans ce but, de faire appel à l'initiative parlementaire du groupe médical des deux chambres pour proposer l'adoption d'un article de loi, moins rigoureux, si l'on veut, mais analogue à l'art. 25 du projet de loi sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie que M. de Salvandy devait, en 1848, soumettre à l'approbation de la Chambre des députés, ainsi conçu :

Le droit d'affiches et d'annonces appartient pleinement à la librairie médicale et à tous les ouvrages, revues, journaux qui la constituent.

Les consultations, remèdes et traitement ne sont pas matières d'affiche et d'annonce. Il est interdit à quiconque exerce la médecine, la pharmacie ou l'une des branches de l'art de guérir, d'en faire usage. »

4° Par analogie avec les modifications introduites, le 3 avril 1900, dans la loi sur des courses de chevaux, il y a lieu d'ajouter à l'art. 16 de la loi sur l'exercice de la médecine, le paragraphe suivant : « Exerce illégalement la médecine........... 4° toute personne non qualifiée, qui, par avis, circulaires, annonces, affiches,........... etc, ou tout autre moyen de publication, aura fait connaitre qu'elle traite les maladies.

Dr RICHARD-LESAY.

CORRESPONDANCE

Comment on prouve sa foi dans la solidarité

Monsieur et très honoré confrère,

Enfin, je suis beaucoup mieux, et quoique bien incapable encore de reprendre mes courses, je vous annonce ma guérison, estimant que nous ne devons plus rester à charge à notre Société Amicale dès que la convalescence est franchement établie. Malgré la tranquillité morale que donne notre association, par l'assurance du nécessaire, plaise à Dieu, que, versant régulièrement ma cotisation, je ne me trouve plus jamais dans le cas d'y avoir recours.

Mais, quel est celui d'entre nous qui peut être sûr de conserver la santé ? Aussi, ne cesserai-je de patronner, à chaque occasion, les œuvres de ces bienfaiteurs de la corporation qui ont nom : Cézilly, Gassot, etc...,pensant que tous nos confrères devraient en faire partie.

Pendant ma longue maladie, mes ennemis, ou plutôt, mes envieux ont réussi à attirer un jeune confrère âgé de 26 ans, au lieu et place d'un vieux confrère décédé en janvier, pensionné de l'Association générale et ne travaillant pour ainsi dire pas.

Le poste a toujours été insuffisant pour faire vivre deux médecins.

Une population de 15 à 18.000 âmes ne produit pas ici 10.000 fr. en tout. Né dans le pays, j'y suis depuis 13 ans et je suffisais aux appels. L'empirisme des couvents y fait fureur et nous écrase.

Quoi qu'il en soit,je ferai mon possible pour amener le confrère à rentrer dans nos rangs. Je l'ai déjà pressenti à sa première et unique visite des jours derniers, un mois après son arrivée.

J'espère bien le gagner à notre cause d'autant plus qu'il est, comme moi, sans fortune.

Veuillez agréer, etc. Dr R., à G.

Le Médecin du village.

Brives-Charensac (Haute-Loire), 24 août 1900.

Mon cher directeur,

Avec ma petite obole, ci-incluse, je vous envoie une réclamation littéraire ! Dans votre dernier n° (18 août, 1900) sous ce titre *« Le Médecin de village »*, vous avez inséré des vers de notre confrère le Dr Dumarest, dépeignant, avec un poétique brin de plume, mis au service de beaucoup de cœur, une tranche de la vie de médecin de campagne. Je les ai lus et relus, ces vers, et en fais compliment à leur auteur.

Seulement je réclame la priorité *pour le titre*, car j'ai fais insérer, il y a plus d'un an, dans un catalogue de la Société des Gens de lettres, à peu près le même titre pour un recueil de nouvelles médicales, *Le Médecin* DU *village*. Loin de moi la pensée de chercher noise à notre bon confrère, je tiens seulement a prendre date d'antériorité, par une ligne au *Concours*.

Vous rappelez-vous que c'est vous qui avez inséré les premiers chants de mon *Accoucheur persécuté*, dit aux banquets de notre société ?

Veuillez agréer. etc, Dr BOYER.

N. D. L. R.— Nous sommes d'autant plus heureux de publier cette lettre (qui n'allumera pas une guerre civile), qu'elle rappellera aux habitués de nos banquets le sympathique confrère qui exerça longtemps à La Celle-Saint-Cloud,et dont on a gardé ici un si bon souvenir.

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Syndicat médical de Douai.

Les Compagnies d'assurances-accidents.

Cher Directeur,

La résistance continue à travers mille incidents qui ne nous décourageront pas.

Un de nos confrères a appelé une Compagnie devant le juge de Paix en paiement de :

7 visites à 2 fr...........	14 fr.
2 certificats à 5 fr.......	10 fr.
Total............	24 fr.

Le Juge de Paix a condamné la Compagnie à payer 14 fr. rejetant les deux Certificats, non prévus par le Tarif voté par le Conseil Général. Si le confrère en avait parlé, je lui aurais conseillé d'abord d'accepter les 14 fr. de visites,

de scinder sa demande, et de réclamer ensuite 10 fr. pour prix des deux certificats, en faisant valoir que le Conseil Général ne pouvait prévoir les Certificats, inutiles dans l'assistance, mais que la loi d'avril 1898 n'étant que le corollaire de celle de 1893, je demandais la taxe prévue par les tarifs médico-légaux de cette date. Est-ce votre avis? La question a été mal engagée, mais je voudrais être fixé pour l'avenir.

Ce n'est pas une sinécure que d'être secrétaire, mais je pense qu'il faut lutter, que nous vaincrons, cela donne courage à votre tout dévoué.

Dr Pollet, *secrétaire.*

P. S. — Au moment de fermer ma lettre, une Compagnie très dissidente, qu'il fallait appeler chaque fois en justice de paix, m'informe qu'elle accepte notre Tarif. Et d'une, en attendant les autres.

Notre correspondant a raison. Le petit échec vient de ce que la question était mal posée : il fallait scinder la demande. La vigilance de nos confrères saura enregistrer cette leçon, mais leur ardeur n'en sera pas amoindrie.

REPORTAGE MÉDICAL

Le durillon forcé et la loi sur les accidents du travail. — Le « durillon forcé » survenu dans l'exercice du travail constitue-t-il une maladie professionnelle ou un accident de travail rentrant dans les prévisions de la loi du 9 avril 1898? Telle est la question qui vient d'être soumise au juge de paix du dix-septième arrondissement. De la solution de la question résultait que l'ouvrier atteint d'un durillon forcé dans l'exercice de son travail avait droit ou non à une indemnité.

Voici les principaux passages du jugement rendu par M. Louis Pabon, le juge de paix du dix-septième arrondissement :

... Attendu, en ce qui touche le caractère à attribuer au durillon forcé, qu'il est impossible de considérer comme constituant une maladie professionnelle le simple durillon qui se forme sur la peau, à la naissance des doigts de la main de toute personne qui manie, pendant un temps plus ou moins prolongé, un outil servant à effectuer un travail exigeant des efforts plus ou moins grands ; que le durillon, tant qu'il est simple, n'est qu'un endurcissement ou un épaississement de l'épiderme de la peau, à la base des doigts de la main, ne donnant lieu à aucune douleur, protégeant en quelque sorte la chair contre l'atteinte d'un corps extérieur et ne présentant aucun caractère morbide ; que ce caractère morbide ne se révèle que si le durillon s'enflamme à la suite d'une lésion produite par l'action soudaine et violente d'une force extérieure ; qu'alors il devient ce qu'en médecine on appelle le durillon forcé ; que celui-ci présente donc les deux caractères reconnus indispensables mais suffisants pour qu'il y ait accident dans le sens de l'article 1er de la loi du 9 avril 1898 : action soudaine et violente provenant d'une cause extérieure et lésion de l'organisme...

En conséquence, le tribunal a déclaré que le durillon forcé, survenant dans l'exercice du travail, donne droit à une indemnité.

Une séance inaccoutumée à l'Académie de Médecine. Le traitement pastorien de la rage. — Tous ceux qui ont assisté aux réunions hebdomadaires de notre Académie de Médecine savent avec quel calme se passent habituellement les deux ou trois heures pendant lesquelles les membres de la savante assemblée exposent leurs idées et leurs travaux. Bien rarement l'hôtel de la rue des Saint-Pères sert d'abri aux discussions passionnées et la plupart du temps on n'y entend guère que la parole de l'auteur et le bruit vague et quelque peu irrévérencieux des conversations particulières.

Une exception à cette règle s'est produite à la séance du 19 juin dernier et nous avons pu entendre ce jour-là, à propos d'un cas de rage communiqué par M. Lemaistre (de Limoges), une discussion particulièrement ardente.

M. Lemaistre rapportait l'observation, d'ailleurs fort intéressante, d'un enfant qui fut traité à l'Institut Pasteur, de Paris, par les inoculations antirabiques et renvoyé guéri. Treize jours après son retour il reçut à la figure un seau d'eau froide, et a la suite il ne tarda pas à présenter des symptômes de rage auxquels il succomba. Partant de cette observation, l'auteur émit des doutes sur l'efficacité du traitement de Pasteur contre la rage.

Une doctrine aussi nettement opposée aux idées de l'Académie, appelait fatalement une réponse. C'est alors que M. Nocard, de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, s'approcha de la tribune et demanda la parole, pour protester contre les conclusions de son collègue. Il ne faut pas laisser passer, dit-il, de telles opinions qui, si elles pénétraient dans le public, jetteraient le doute sur le seul traitement efficace de la rage que nous possédions, celui de l'Institut Pasteur. Tous les ans, plus de 20.000 personnes y sont soignées et si on envisage les résultats obtenus. on constate que la mortalité de la rage, qui était auparavant de 150 pour 1000, est descendue aujourd'hui à 1 pour 1000. En thérapeutique, nous le savons tous, aucun traitement si bon soit-il, n'est infaillible. Le traitement de Pasteur, malgré sa haute valeur, enregistre, lui aussi, quelques échecs, d'ailleurs rares. On étudie soigneusement les motifs de ces insuccès, pour arriver a en diminuer le nombre. On a remarqué, par exemple, l'insuffisance de cette méthode, chez les malades atteints d'affections ou de tares nerveuses et chez ceux qui sont exposés à l'influence du froid. Ainsi, chez les douaniers qui par leur profession et leur service nocturne, sont fréquemment mordus par des chiens enragés et ont à subir l'action prolongée du froid de la nuit, nous avions remarqué que la rage refaisait souvent son apparition après le traitement. Eh bien, depuis que sur la demande de l'Institut Pasteur, les douaniers soignés n'ont plus été astreints, pendant les mois qui suivent, au service de nuit, nous n'avons plus constaté de rechutes chez eux.

M. Nocard s'adressant directement alors à son collègue, après avoir constaté que tous les pays ont créé, à la suite de la France, des Instituts Pasteur antirabiques, montre à son contradicteur, à quels dangers peuvent conduire les doutes qu'il vient d'émettre sur l'efficacité du traitement pastorien. Vous empêcheriez, dit-il en finissant, les personnes mordues de se faire inoculer et vous auriez ainsi une part de responsabilité dans leur mort. (Applaudissements).

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4543. — M. le docteur Beyrand, de Paris, présenté par M. le docteur Bourdicaud-Dumay, de Murat (Corrèze).

N° 4544. — M. le docteur Brunon, de Firminy (Loire), présenté par M. le docteur Viallaron, de Firminy (Loire) et membre de l'Association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs les décès de MM. les docteurs Esnault, de Lagor (Basses-Pyrénées) et Komorowski, de Mondoubleau (Loir-et-Cher), membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 37 15 SEPTEMBRE 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La médecine en Angleterre

Le centenaire du Royal collège des chirurgiens. L'assemblée annuelle de l'Association médicale Britannique.

Deux importantes réunions médicales, le centenaire du *Royal College of Surgeons* et l'assemblée générale annuelle de la *British medical association*, viennent d'avoir lieu en Angleterre, pendant que se tenait à Paris le XIIIe Congrès International de médecine. A ce propos, et avant de parler plus en détail des meetings de Londres et d'Ispwich, il est intéressant de signaler un contraste : tandis qu'à Paris plus de 6.000 médecins venus de toutes les parties du monde se réunissaient en Congrès international au milieu de... l'indifférence officielle et du silence à peu près absolu de la presse — occupée à énumérer les dépenses quotidiennes du Shah de Perse —, à Londres, au contraire, il a suffi que 300 chirurgiens fêtent en jubilé le centenaire de leur association pour que, malgré une chaleur accablante, le prince de Galles vînt présider en personne les réceptions et les banquets et que la presse politique en entretînt ses lecteurs toute une semaine ? Sans doute, le Congrès international de médecine a obtenu malgré cela, un réel et très vif succès dont personne ne pourra contester l'importance ; mais il n'en est pas moins regrettable de constater combien la science en général, et les sciences médicales en particulier, sont abandonnées à elles-mêmes par la presse et les pouvoirs publics français ?

* * *

Le 26 juillet dernier, le Royal collège des chirurgiens de Grande-Bretagne fêtait solennellement le centenaire de sa fondation ou plutôt de sa consécration par une charte royale. Ce collège, qu'on ne saurait comparer en France à aucune institution médicale, constitue en réalité une corporation dont le rôle est multiple. C'est, en premier lieu, un centre d'enseignement supérieur de la chirurgie : les meilleurs opérateurs viennent de temps à autre, y professer des leçons et des démonstrations pathologiques ou cliniques. C'est aussi et surtout un centre d'examens pour ceux qui sollicitent le droit d'exercer l'art d'Hippocrate de l'autre côté de la Manche. Pour ces épreuves, des jurys officiels sont recrutés, partie dans le collège des médecins, partie dans le collège des chirurgiens, constituant ainsi un jury mixte médico-chirurgical appelé pour cette raison, *conjoint examining Board*. Il délivre aux élèves des diplômes, des *qualifications*, leur conférant à la fois l'autorisation de pratiquer la médecine et la chirurgie avec les titres de licencié du Royal collège des médecins L. R. C. P. et de membre du Royal collège des chirurgiens, M. R. C. S.

Ces quatre lettres, M. R. C. S. constituent donc le premier des grades accordés par le collège des chirurgiens. Vient ensuite la dignité de F. R. C. S (fellow du royal college des chirurgiens). Ce mot *fellow* correspond à peu près au terme français *membre* ou mieux *pair* et il représente une particule appréciée pour l'obtention de laquelle il est nécessaire de subir de nouvelles épreuves.

A l'occasion de son centenaire, et pour en éle-

ver le prestige, le R. College of Surgeons fut autorisé par décret royal, à créer une troisième qualité, celle de fellow honoraire, destinée en principe aux maîtres de la chirurgie à l'étranger. La liste de ces nouveaux dignitaires comporte seulement 37 noms, le premier inscrit étant celui du prince de Galles, puis ceux de lord Salisbury, du comte de Rosebery, premier ministre et ancien premier ministre (1), et enfin 34 noms choisis parmi les opérateurs les plus appréciés du monde. Nous y trouvons MM. Tillaux, Lannelongue, Pozzi, de Paris et Ollier, de Lyon, représentant la chirurgie française. Ce titre « d'honorary fellow » est donc actuellement des plus rares ; en conséquence, il est fort apprécié et très honorifique.

Les fêtes du centenaire ont duré trois jours. Toutefois, les faits de beaucoup les plus importants se sont passés dans l'après-midi et la soirée du 26 juillet. Au milieu d'une brillante assistance, le président, sir William Mac Cormac, a longuement retracé l'histoire de la chirurgie en général.

« Nous croyons souvent, a-t-il dit, faire œuvre « originale en pratiquant une soi-disant nouvelle « opération, mais si nous regardions en arrière « nous en retrouverions bien des fois la des- « cription dans les œuvres du passé. Déjà, à l'é- « poque de l'empereur Trajan, Héliodorus si- « gnalait la ligature des artères et savait prati- « quer la cure radicale de la hernie par extir- « pation du sac ; Oribasius traitait les anevrys- « mes en liant le vaisseau malade au dessus et « au dessous de la poche. » L'orateur parle ensuite du moyen-âge, de Guy de Chauliac, d'Ambroise-Paré, qui substitua la ligature artérielle à l'emploi du fer rouge dans le traitement des hémorrhagies. A cette époque, au XVe siècle, dit-il, Paris était le centre de la chirurgie, comme Bologne celui de l'anatomie, et Montpellier celui de la médecine. Il cite ensuite les maîtres français modernes, J.-L. Petit, Bichat, Dupuytren, Velpeau, et il termine par les œuvres de Percivall Pott, de John Hunter, qui illustrèrent la chirurgie anglaise.

Après l'allocution présidentielle, l'heure était venue de décerner les titres de fellow honoraire. Le Dr Lannelongue vint alors remercier le Collège au nom des praticiens français. « Au « commencement de ce siècle, dit-il, la France « et l'Angleterre eurent l'occasion de se connaî- « tre réciproquement au point de vue scientifi- « que. Les heureux effets de ces échanges d'i- « dées ne se firent pas longtemps attendre. Le « 8 mars 1847, Flourens découvrit l'action anes- « thésique du chloroforme et, quelques mois « plus tard, le 10 novembre de la même an- « née, Simpson, d'Edimbourg, appliquait cet « agent chez l'homme avec d'admirables résul- « tats. L'Angleterre a possédé, en la personne « de lord Lister, un homme qui eut le génie de « comprendre l'œuvre de Pasteur et, en appli- « quant ses principes, de fonder l'antisepsie chi- « rurgicale. »

Le soir, la plupart des assistants se retrouvaient dans les salles du Lincoln's Inn, au banquet tenu sous la présidence du prince de Galles. Les « honorary fellow » occupèrent les places d'honneur et de nombreux toasts leur furent portés. Dans les dîners, à Londres, les discours d'usage se font avec un certain cérémonial. A la fin du repas, un maître d'hôtel, à voix particulièrement puissante — condition nécessaire pour remplir ces fonctions très bien rétribuées, dit-on — s'avance près de la table présidentielle, nanti de deux solides pièces de bois. Ce personnage s'appelle le maître des toasts (toastmaster). A un moment donné, il frappe vigoureusement trois coups et, ayant ainsi obtenu un arrêt relatif des conversations, il dit à haute voix : « M. le Président et Messieurs, veuillez faire silence pour Monsieur un tel ». Cette coutume présente l'avantage d'obtenir une cessation rapide du bruit et de faire connaître clairement le nom de l'orateur qui doit parler.

Au banquet du Royal collège des chirurgiens le prince de Galles, lord Salisbury et lord Rosebery prirent successivement la parole.

« Je parais devant vous ce soir, Messieurs, commença le prince de Galles, dans une situation tout à fait nouvelle, puisque je viens d'avoir l'honneur et le privilège d'être admis comme membre honoraire de votre Compagnie. J'appartiens déjà au collège de médecine et je suis heureux de penser que, maintenant, je puis me considérer comme étant tout à fait un des vôtres... Toutefois je crains bien de ne jamais être à même de pratiquer l'art chirurgical car le résultat, j'en ai peur, ne serait guère brillant ! »

Au prince de Galles vint succéder le comte de Rosebery, ancien premier ministre. Naturellement, le noble comte se trouve, dit il, « quelque peu étonné d'être devenu chirurgien et fellow du collège en quelques instants. A la réunion générale, cette après-midi, ajoute-t-il, j'ai vu passer les chirurgiens les plus éminents de l'univers et je pensais alors que si tous les hommes politiques étaient comme les hommes de science, la paix du monde ne serait pas difficile à maintenir. Et puis, quelle cause est plus noble que la vôtre ? Vos victoires n'inspirent ni rivalités, ni jalousies, ni animosités : vos défaites ne peuvent provoquer dans le monde qu'une parfaite sympathie parce que ce sont les défaites de l'humanité elle-même ! »

* * *

C'est à Ipswich que s'est tenu, les 31 juillet, 1er, 2 et 3 août, le 68e Congrès de la British medical association.

Déjà l'an dernier, ayant eu l'avantage et le plaisir d'assister au meeting de Portsmouth, nous indiquions dans le *Concours médical* ce qu'était, d'une manière générale, l'Association médicale Britannique et dans quelles conditions elle tenait ses assemblées annuelles.

Parcourant cette fois, le compte-rendu de la récente réunion, nous y retrouvons les mêmes orateurs venant parler sur des sujets analogues et il nous semble, à une année de distance, entendre des voix connues discutant, non sans ardeur, des questions professionnelles dont certaines sont capitales pour le corps médical en Grande-Bretagne.

Le conseil d'administration présente, en premier lieu, le rapport annuel sur l'état de la Société. Ce travail constate avec satisfaction l'état

(1) Le prince de Galles et ses deux ministres obtiennent ainsi le droit d'exercer la chirurgie sur le territoire anglais. C'est une concurrence, bien entendu, peu redoutable pour nos confrères d'outre Manche !

florissant de la situation financière et l'accroissement numérique progressif de l'association qui compte maintenant près de 19.000 membres. Le conseil énumère ensuite quelques actes de sa gestion et il envisage en particulier ses démarches tendant à augmenter les honoraires trop restreints des expertises médico-légales. L'insuffisance de ces honoraires fut signalée dans un mémoire adressé au ministre de l'Intérieur. Il y était demandé leur élévation au taux de 52 fr. 50 par jour, frais de voyage en première classe non-compris. Le ministre fit répondre qu'il ne voyait aucun moyen de donner satisfaction à cette requête. Dans ces conditions, une lettre du président comprenant ce mémoire, fut publiée dans le *Times* et dans les principaux journaux de Londres et de la province.

La discussion du rapport du conseil fut le point de départ d'un certain nombre de discours quelque peu véhéments et vifs dans leurs termes.

C'est d'abord M. Brown qui signale à nouveau la situation du dispensaire de Coventry. Cet établissement inscrivant sur ses registres quiconque le demande sans se préoccuper des situations de fortune, arrive ainsi, grâce à cette tolérance, à donner les soins médicaux à près de 25.000 personnes (1), c'est-à-dire à la moitié de la ville. En présence d'un tel abus, l'association doit agir et il convient de demander instamment aux médecins du dispensaire (qui sont membre de la British medical association) d'intervenir pour qu'il soit exigé une limite maximum de fortune chez tous sociétaires admis aux soins médicaux.

On étudie ensuite la loi ou plutôt le projet de loi relatif aux sages-femmes (*the midwives bill*), question qui, on le sait, passionne beaucoup actuellement le corps médical anglais. Jusqu'alors, les sages-femmes ont exercé, en Angleterre, l'art des accouchements, sans titre et sans examens officiels, sans qualification. Cet état de choses est sur le point de changer puisque la chambre des Lords et celle des Communes sont saisies de projets de lois tendant à réglementer la pratique des accouchements par les sages-femmes. On comprend aisément l'émotion soulevée, à ce propos, dans le corps médical. Les opinions les plus diverses ont leurs partisans. Certains préféreraient la continuation du statu quo; la plupart cependant acceptent volontiers une loi nouvelle spéciale et considèrent comme nécessaires l'éducation et la qualification des sages-femmes. Mais, tous les médecins, sans exception, s'inquiètent de ne pas laisser accorder à celles-ci des prérogatives qui pourraient être dangereuses pour le public et qui pourraient nuire aux intérêts de la profession. Aussi, la British Association a-t-elle rédigé elle-même un texte réunissant ces conditions et elle profite de toutes les occasions pour le faire valoir aux yeux des membres du Parlement.

La question du « Midwives bill » une fois réglée, M. Victor Horsley — le Jaurès de l'association — prend la parole. Il fourbit cette fois son arme contre le journal et son rédacteur en chef. Il attaque en termes assez vifs ce dernier, auquel il reproche de ne pas enregistrer avec une impartialité absolue les remarques et les votes défavorables au conseil ; nous avons le droit, ajoute-t-il, de demander pourquoi il en est ainsi. M. Dawson Williams, rédacteur en chef, répond, et son intervention ayant satisfait l'interpellateur, l'incident est clos.

(1) Une belle société de secours-mutuels !

Un des sujets les plus importants traités à la réunion d'Ipswich fut le projet de réorganisation de l'Association médicale Britannique elle-même. La constitution actuelle de celle-ci donne, en effet, naissance à des dissentiments assez profonds entre le conseil d'administration et une bonne partie des membres. Parmi les adhérents de l'association il en est qui, étant isolés et n'appartenant à aucune branche locale, se trouvent ainsi n'être pas représentés au conseil uniquement nommé par les branches. Une première amélioration aux statuts devrait donc, dit M. V. Horsley, inclure ces membres isolés dans des subdivisions nouvelles. Alors, le Conseil serait l'élu de tous les adhérents et il représenterait véritablement l'association. On éviterait ainsi les critiques et les longues et pénibles discussions dont les assemblées annuelles se font trop souvent l'écho. En outre, d'autres réformes seraient heureusement adoptées. Il conviendrait d'utiliser les fonds dont dispose la société pour les intérêts de ses membres, de diverses façons :

En créant, par exemple, une sorte de bureau spécial chargé de prendre en main, à l'occasion, la défense des sociétaires. Ce serait le *bureau de défense* (1) ; en modifiant la constitution du comité des Lois parlementaires, en lui adjoignant un autre bureau chargé de surveiller de près toutes les lois qui touchent à la profession, et de faciliter ainsi la besogne des confrères dudit comité. Ce serait le *bureau médico-politique*. Instituer enfin un service régulier pour fournir aux membres toutes les informations dont ils peuvent avoir besoin.

Tel est le projet de réforme présenté par M. Horsley. Avant de se séparer, l'assemblée a nommé un groupe de délégués chargés d'étudier et d'élaborer les modifications susceptibles d'être apportées à la constitution de la *British medical association*.

Docteur P. Lacroix.

REVUE DU CONGRÈS DE MÉDECINE

A. Médecine.

Méningites aiguës non tuberculeuses.

« A côté des méningites tuberculeuses, dit M. *Netter*, de Paris, il existe un assez grand nombre de méningites, impliquant un pronostic moins sombre et permettant d'instituer un traitement rationnel.

Ces méningites sont de natures diverses.

Il faut distinguer des méningites secondaires aux suppurations, aux otites, les méningites qui surviennent au cours de maladies aiguës générales ou locales (fièvre typhoïde, pneumonie), les méningites primitives (épidémiques ou sporadiques).

Chacune de ces divisions présente au clinicien et au nosographe des difficultés très grandes.

S'il est facile d'imaginer la façon dont une otite aiguë se complique d'une inflammation des méninges, il convient de ne pas oublier que ces otites peuvent se compliquer de thrombose des sinus, de

(1) Analogue au *Sou médical*.

phlébites, d'abcès du cerveau, qui provoqueront des symptômes nerveux analogues à ceux des méningites. Ces symptômes peuvent du reste apparaître dans les otites aiguës simples, en dehors de toute complication.

Les symptômes de méningite au cours des maladies aiguës infantiles et notamment au début de la pneumonie impliquent-ils l'existence d'une altération inflammatoire des méninges ? On a été longtemps disposé à en douter en raison surtout de la fugacité des symptômes et de l'idée de gravité exceptionnelle des méningites. Aujourd'hui, on admet volontiers que les méningites ne sont pas nécessairement suppurées, que l'inflammation peut se borner à la congestion, à l'exsudation de sérosité. On comprend parfaitement la curabilité de ces méningites séreuses.

Les méningites simples, primitives, soulèvent une autre question. Peuvent-elles exister en dehors d'une épidémie ? Existe-t-il une différence fondamentale entre la méningite cérébro-spinale épidémique et la méningite sporadique ? La bactériologie répond à cette question comme le faisait déjà l'épidémiologie. Il n'y a pas de démarcation rigoureuse entre les cas sporadiques et épidémiques. La méningite épidémique peut procéder par tout petits foyers.— En ce moment, il semble que la méningite revêt le type épidémique sur une grande partie du globe.

En dehors des signes classiques de la méningite, dont les meilleurs étaient certainement : les paralysies des muscles oculaires, les altérations du fond de l'œil, la raideur de la nuque, les modifications du pouls et de la respiration, nous disposons de deux signes importants.

On ne saurait trop insister sur la valeur du *signe de Kernig* : impossibilité d'étendre complètement les genoux quand on fait asseoir le malade. Ce signe ne manque presque jamais dans les méningites non tuberculeuses. On l'observe aussi dans la majorité des méningites tuberculeuses, on ne saurait donc s'appuyer sur lui pour établir la nature d'une méningite. Les cas dans lesquels le signe de Kernig a été rencontré sans qu'il y ait eu de méningite sont rares, et il y a lieu, pour beaucoup, de se demander si l'absence de méningite est bien certaine.

La *ponction lombaire de Quincke* fournit au diagnostic des méningites les renseignements les plus précieux. Elle ne présente aucune gravité pourvu que l'on n'aspire pas trop vivement le liquide. Le diagnostic de méningite sera évident s'il s'écoule un liquide trouble ou purulent, si ce liquide renferme des grumeaux.

Très souvent le liquide retiré dans les méningites paraît d'abord tout à fait clair et on voit cependant par la suite s'y former un caillot fibrineux.

Il ne suffira pas de constater les qualités physiques du liquide. Il y a lieu de rechercher sa teneur en albumine, de faire l'examen microscopique, les cultures, les inoculations. Ces recherches indiqueront très ordinairement la nature de la méningite et permettront d'en déduire la cause.

La balnéation chaude introduite par Aufrecht constitue un moyen de traitement très précieux des méningites. Dans le cas de méningites suppurées, les ponctions lombaires répétées peuvent rendre des services.

La digitale.

D'après M. *Lauder Brunton*, de Londres, l'action pathologique de la digitale s'exerce principalement : *a*) Sur le cœur ; *b*) sur les vaisseaux sanguins ; *c*) sur la sécrétion urinaire.

Son action sur le cœur détermine : *a*) ralentissement des battements cardiaques en raison de son influence stimulatrice sur les racines du nerf pneumogastrique des mammifères ; *b*) renforcement de la contraction systolique ; *c*) augmentation du degré de dilatation dans la diastole, *b* et *c* sont produits par effet sur la musculature cardiaque.

Elle resserre les vaisseaux périphériques et diminue ainsi la vitesse du courant sanguin dans ces vaisseaux.

Par ce double effet de resserrement des vaisseaux périphériques et d'augmentation de la contractilité cardiaque, la digitale élève la pression sanguine.

La diurèse produite par la digitale dépend principalement de l'augmentation de pression sanguine.

La digitale amène la contraction des artérioles du rein plutôt que celle des autres parties du corps. La contraction des vaisseaux du rein peut atteindre un tel degré que la sécrétion urinaire se trouve arrêtée, quoique la pression sanguine en général soit élevée.

Lorsque la pression sanguine est déjà très élevée, il ne faut pas attendre de la digitale une action diurétique prononcée. Si, au contraire, la pression sanguine est abaissée, à raison, soit de la constitution naturelle, soit de la maladie, la digitale exerce une action diurétique.

La digitale est un anesthésique local, mais elle peut aussi déterminer des douleurs. Elle appartient par conséquent à la classe désignée par Liebreich « Anæsthetica dolorosa ».

Dans les doses fortes ou cumulatives, elle donne lieu à de l'irritation gastrique.

L'action de la digitale est due à la digitaline, à la digitaléine et à la digitoxine. L'action de ces trois principes est semblable et ne diffère qu'en degrés.

Les effets thérapeutiques de la digitale et de ses principes sont : *a*) régulateur de la contraction cardiaque ; *b*) renforcement de la circulation défaillante, et *c*) diurétique.

L'action régulatrice de la digitale est utile contre la palpitation et les troubles fonctionnels du rythme.

Le plus important usage de la digitale et de ses principes actifs est dans le traitement de l'insuffisance mitrale due soit aux lésions valvulaires, soit à la dilatation ventriculaire.

En présence de l'insuffisance aortique, la digitale est : *a*) inutile et non sans danger si la compensation est complète ; *b*) très utile au contraire si la compensation fait défaut.

Lorsque la pression sanguine est déjà élevée, la digitale peut être nuisible en l'augmentant davantage, précipitant ainsi les symptômes d'angine de poitrine ou en déterminant l'apoplexie.

M. *A. Joanin*, de Paris, ajoute :

Étant données la variabilité de composition des différents facteurs organes de la plante et la multiplicité des facteurs, causes de ces variations, il y aurait peut-être lieu :

a) De rechercher à établir un contrôle (procédé analytique, expérimentation physiologique) sur des feuilles de digitale livrées au commerce, de façon à mettre entre les mains du pharmacien un produit sur lequel il serait renseigné et qu'il pourrait vérifier lui-même :

b) D'adopter un *modus faciendi* rigoureux pour l'obtention d'une préparation galénique conservant le mieux possible les propriétés physiologiques reconnues à la plante, et de soumettre les préparations galéniques ainsi obtenues au même contrôle que la plante même.

En ce qui concerne les principes actifs, il serait avantageux :

a) D'adopter une terminologie uniforme pour la désignation des mêmes substances ;

b) D'établir exactement le mode d'obtention des divers principes immédiats qui semblent chimiquement définis depuis les recherches de Kiliani en particulier ;

c) D'adopter un mode opératoire uniforme pour l'extraction de ces mêmes principes actifs.

L'accord étant fait sur tous ces desiderata, le Congrès pourrait peut-être émettre le vœu de voir ses conclusions adoptées par les différentes phar-

macopées et contribuer ainsi à l'établissement de la pharmacopée internationale.

B. Obstétrique.

Traitement de la mort apparente du nouveau-né.

M. le Dr *Ribemont-Dessaignes*, de Paris, après un très complet exposé clinique de la mort apparente du nouveau-né, étudie les différentes méthodes de traitement de cette mort apparente.

Dans la pratique, la forme asphyxique est la plus fréquente ; due à l'obstruction des voies aériennes par des mucosités ou du liquide amniotique chargé de méconium, il sera donc nécessaire : 1° de désobstruer les voies respiratoires ; 2° de faciliter l'entrée de l'air dans les poumons pour rétablir ou régulariser les fonctions cardiaques et pulmonaires.

Très souvent les mucosités n'occupent que l'arrière-bouche, aussi un simple écouvillonnage, fait avec le doigt entouré d'un linge, suffit à les enlever et à provoquer la première inspiration.

Les frictions cutanées simples ou avec de l'alcool, de l'éther, du cognac, de l'eau de Cologne, les bains chauds, les bains sinapisés, les bains alternativement chauds et froids, font de la révulsion cutanée qui est souvent le point de départ d'un réflexe se terminant par des mouvements respiratoires.

C'est sur le même principe physiologique qu'a été instituée l'excitation des muqueuses pituitaires, buccales et pharyngiennes ; la méthode des tractions rhythmées de la langue que le Dr Laborde a fait connaître en 1892 a pour but de faire naître le réflexe respiratoire.

Très fréquemment les procédés cités plus haut ne suffisent pas, il faut avoir recours à la respiration artificielle. Nombreux sont les moyens dont le but est de faire pénétrer de l'air dans l'arbre aérien : insufflation de bouche à bouche, procédé de Sylvester, procédé de Schultze, procédé de Rivière.

« Ces moyens ne remplissent qu'une des deux indications que nous avons posées dès le début : 1° désobstruer les voies aériennes ; 2° faciliter l'entrée de l'air. C'est en nous inspirant de ces indications que nous avons considéré l'insufflation comme la méthode de choix. L'étude approfondie de ce sujet nous a conduit aux données suivantes :

1° L'insufflation doit être instrumentale ;

2° L'appareil employé doit permettre d'aspirer les mucosités ;

3° Il ne doit porter dans les poumons qu'une quantité d'air en rapport avec leur capacité.

L'insufflation instrumentale date du siècle dernier, mais Chaunier est le premier qui ait fait construire un tube pénétrant directement dans le larynx. Cet instrument fut modifié plus tard par Depaul, puis par Pinard. Mais ce tube présentait encore de nombreux inconvénients : il est difficile à introduire dans le larynx, il se déplace aisément, il ne s'oppose pas au reflux de l'air et n'indique pas à chaque instant, s'il n'a pas quitté le larynx pour entrer dans l'œsophage.

Pour remédier à ces défauts nous avons pensé que le tube devait être construit sur des bases anatomiques précises, aussi avons-nous étudié avec soin sur des coupes de nouveau-nés congelés, d'une part la courbe bucco-laryngée, et d'autre part le calibre et la forme de l'intérieur du larynx. Les résultats obtenus nous ont permis de faire construire un tube composé de deux parties. La première est formée d'une portion conique qui sert d'embouchure et sur laquelle on peut monter une poire en caoutchouc de 28 centimètres cubes de capacité et dont le fond est percé d'un trou. Elle est continuée du côté de la base par une autre portion, conique également ; au point de réunion existe une double couronne de perles dont les aspérités fournissent une prise solide qui empêche l'instrument de vaciller entre les doigts.

La partie bucco-laryngienne est constituée par une portion buccale cylindrique, elle présente une double courbure moulée sur la saillie du rebord alvéolaire et sur la concavité de la voûte palatine. La portion laryngienne a la forme d'un cône très court aplati sur les côtés et séparé d'un bouton terminal par un étranglement circulaire sur le contour duquel, en regardant la concavité de la courbure, se trouve situé l'orifice de sortie de l'air.

Lorsque l'insufflateur est construit rigoureusement sur le modèle que nous avons déposé en 1877, il présente les qualités suivantes :

1° Son introduction est rendue facile grâce à sa courbure et à la disposition de son extrémité terminale ;

2° Sa courbe assure son maintien dans les voies respiratoires ;

3° Il s'oppose au reflux de l'air hors du larynx ;

4° Il permet d'aspirer aisément les liquides, les mucosités qui obstruent les canaux bronchiques ;

5° On se rend compte de sa bonne situation dans le larynx ou de son introduction par erreur dans le pharynx et l'œsophage ;

6° La poire en caoutchouc n'envoie dans les poumons que la quantité d'air suffisante pour les distendre en raison directe de leur capacité, ce qui évite la rupture des vésicules pulmonaires, si fragiles à la naissance. »

Pour M. *Schultze*, d'Iéna, voici la règle de conduite qu'il convient dans le traitement de l'asphyxie du nouveau-né :

« 1° Si l'enfant est d'un rouge-bleu, s'il existe encore quelque tension des muscles, laissez-le en communication avec le cordon ombilical tant que vous y percevrez des battements. Enlevez de sa bouche les mucosités qu'il a pu aspirer, — excitez ses réflexes cutanés. S'il ne réagit pas immédiatement, coupez le cordon ombilical, plongez rapidement et très peu de temps l'enfant dans de l'eau bien froide, puis mettez-le dans un bain chaud. Répétez ces immersions jusqu'à ce que l'enfant crie à haute voix.

2° Si le corps de l'enfant a la pâleur et la flaccidité d'un cadavre immédiatement après la mort, ne comptez pas obtenir quoi que ce soit par l'irritation des réflexes, car vous perdrez par là un temps précieux. Sectionnez de suite le cordon ombilical, enlevez toutes les mucosités qui peuvent éventuellement se trouver dans la bouche ou dans le pharynx, en avançant et en pressant la base de la langue de façon à faire monter l'épiglotte, puis soumettez l'enfant ensuite à la respiration artificielle, soit par la méthode de Sylvester, soit par la mienne en balançant l'enfant. Commencez par un branle d'expiration prolongé. Il n'y a pas de meilleur moyen pour chasser non seulement des grosses, mais encore des petites bronches, les mucosités qui ont été aspirées. Après avoir fait passer l'enfant de la position d'expiration à celle d'inspiration 8 ou 10 fois dans une minute, plongez-le dans un bain chaud, et observez-le ; vous verrez que les battements du cœur deviennent meilleurs et plus fréquents, que la peau rougit, que la tension des muscles réapparaît. Si en peu de temps vous n'avez pas réussi, recommencez à balancer l'enfant après le bain. Le mouvement d'expiration cause ordinairement la première inspiration spontanée ; puis on met l'enfant tout de suite dans un bain chaud. Si pourtant la respiration reste superficielle, plongez l'enfant dans l'eau glacée. L'enfant réagit tout de suite : il fléchit fortement les cuisses et crie à haute voix : la moelle répond maintenant à l'excitation des réflexes.

Ne considérez jamais un enfant, né en état d'asphyxie, comme ranimé complètement avant qu'il ne crie avec continuité et bruyamment. »

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

Remarques sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire.

On connaît d'une façon générale les questions relatives au diagnostic et au traitement de la tuberculose pulmonaire ; mais il n'est pas sans intérêt d'approfondir quelques points particuliers de cette étude si importante.

Tout le monde sait, en effet, dit le Pr *Senator* (*Berlin Klin. Wochens.*, avril 1900), que si la présence de bacilles dans l'expectoration permet seule d'affirmer avec certitude le *diagnostic* de tuberculose, il n'en est pas moins vrai que cette preuve irréfutable, n'est pas toujours facile à obtenir ; car au début de l'affection, il n'existe quelquefois pas d'expectoration, ou bien on ne peut, pour d'autres motifs faire l'analyse bactériologique des crachats. C'est alors sur une série d'autres signes que nous basons notre jugement, qui n'en possède pas moins un très haut degré de vraisemblance.

Parmi ces signes, il en est deux qui occupent la première place : l'hémoptysie et le catarrhe des sommets.

L'hémoptysie, ou crachement de sang, possède une telle importance, que, sans aucun autre signe appréciable, elle nous permet d'affirmer la tuberculose pulmonaire, et le plus souvent à juste titre. Il faut savoir, en effet, que l'hémoptysie peut être de nature non tuberculeuse dans certains cas, auxquels il est nécessaire de songer, lorsqu'il y a doute.

Quand un malade rend du sang par la bouche, il s'agit d'élucider son origine. Vient-il du poumon ou d'autre part, de l'estomac, par exemple? La question semble de prime abord facile a résoudre. On dit, en effet, que le sang rutilant et spumeux vient du poumon, tandis que le sang rouge foncé, plus ou moins coagulé vient de l'estomac. Mais le médecin n'est pas toujours là au moment de l'expectoration pour constater ces caractères, quelquefois fugaces. Le sang, en effet, perd au bout de quelques heures sa rutilance et ses bulles d'air.

Une autre difficulté provient encore de la coïncidence d'un crachement avec un vomissement de sang. Pendant un vomissement sanguin, le malade peut aspirer du liquide hématique dans ses voies pulmonaires, l'inverse peut être également vrai. Le sang possède alors en même temps des caractères opposés.

En pareil cas, il faut toujours s'informer auprès du malade ou de son entourage des caractères présentés par le premier sang évacué. Néanmoins ces renseignements manquent quelquefois, la frayeur ayant empêché ces personnes d'observer suffisamment.

Quand le sang a été expectoré, on ne négligera pas de rechercher s'il ne vient pas du nez, de l'arrière-gorge, ou de la bouche ; puis on auscultera le malade pour savoir s'il a bien une origine pulmonaire.

Si cette dernière hypothèse se justifie, l'idée de tuberculose viendra aussitôt à l'esprit. Mais il faudra songer encore à d'autres causes possibles du crachement de sang.

Un traumatisme, en ébranlant violemment le corps ou la cage thoracique peut amener une hémoptysie. L'anamnèse, les traces de violences extérieures renseigneront à cet égard. Cependant il est encore des traumatismes internes, produits par l'aspiration de substances chimiques ou mécaniques irritantes (chlore, acide sulfureux), qui peuvent occasionner une hyperhémie et une hémorrhagie de la muqueuse respiratoire. Les corps étrangers des voies respiratoires sont à craindre surtout chez les enfants, car ceux-ci en aspirent quelquefois sans le savoir, ou sans vouloir le dire, par crainte d'une punition. La véritable et abondante hémoptysie est singulièrement rare dans la tuberculose infantile ; ce sont plutôt des stries de sang dans les crachats, auxquelles il faudra donc attribuer une toute autre importance que chez l'adulte.

D'autres causes peuvent encore occasionner l'expectoration sanguinolente : ce sont les troubles circulatoires les plus divers, en particulier les stases, les infarctus, les processus inflammatoires les plus divers. L'examen minutieux du malade et les anamnestiques permettront d'éviter toute erreur.

Des difficultés plus grandes pourront être suscitées par des tumeurs, des anévrysmes, en particulier de la crosse aortique et de l'aorte descendante ; l'expectoration sanguinolente est alors de plus longue durée ; mais il peut aussi se produire brusquement une hémorrhagie mortelle.

Nous citerons la diathèse hémorrhagique, congénitale (hémophilie) ou acquise (scorbut, maladie de Werlhof), ou encore certains parasites des voies respiratoires, tels le Distomum pulmonale, fréquent au Japon ; enfin l'hémoptysie vicariante. Celle-ci jouait un grand rôle dans la pathologie, quand on ne savait pas encore déceler la tuberculose à un stade aussi récent qu'aujourd'hui ; actuellement il ne faut pas se contenter d'un diagnostic aussi léger, mais toujours en pareil cas rechercher la phthisie.

Enfin, il n'est pas de difficultés plus grandes pour le diagnostic que celles créées par la présence de maladies, de nature non tuberculeuses, qui aboutissent à l'infiltration et à l'ulcération du parenchyme pulmonaire : ce sont l'infection syphilitique, les infiltrations parasitaires, l'actinomycose, l'aspergillus fumigatus (en particulier chez les diabétiques). Ces cas sont évidemment rares, mais peuvent néanmoins induire en erreur par une hémoptysie avec peu de signes objectifs. Le diagnostic sera éclairé par une analyse minutieuse et fréquente des crachats.

Nous en arrivons à la question de l'infiltration des sommets avec l'étude de la syphilis, affection qui peut donner les mêmes symptômes objectifs de catarrhe pulmonaire que la tuberculose. Généralement, on se base surtout, pour affirmer l'infiltration des sommets, sur une diminution de la sonorité à la percussion, qui peut aller jusqu'à une matité plus ou moins étendue. Mais cette matité peut exister sans infiltration du parenchyme, quand il y a une tumeur (carcinome, sarcome echinocoques.....), siégeant aux sommets, et l'on songe d'autant plus volontiers à la tuberculose qu'il y a quelquefois en même temps expectoration sanguinolente. La matité peut encore se produire avec un exsudat encapsulé ; mais ce phénomène siège rarement aux sommets, et on le décèle facilement, ainsi que toutes les causes non inflammatoires qui altèrent la résonnance du poumon.

En effet, quelquefois, il n'existe aucune relation entre cette matité et les signes d'auscultation. Dans la tuberculose, en particulier, la matité est peu ou pas accentuée, alors qu'il y a déjà de nombreux signes à l'auscultation ; tels que respiration saccadée, murmure vésiculaire affaibli, expiration prolongée, ou soufflante. C'est là ce qu'on appelle catarrhe du sommet, mais à tort, car il n'y a pas là de catarrhe, mais déjà de petites infiltrations tuberculeuses des bronches, des foyers d'atélectasie, au milieu de tissus aérés.

Le diagnostic devient bien plus délicat, quand il y a infiltration inflammatoire non tuberculeuse du sommet, par exemple, produite par l'inhalation de poussière, ce qu'on appelle pneumonie par inhalation ou pneumokoniosis ; cette affection siège au sommet, y produit des infiltrations, des ulcérations, bref un complexus symptomatique analogue à celui de la tuberculose. A la vérité, il y a souvent de grosses différences au point de vue de la fièvre, de l'amaigrissement, de l'extension ; mais tous ces signes peuvent vous laisser dans l'incertitude, même l'examen des crachats.

Il en est de même de la pneumonie syphilitique. On a décrit beaucoup de signes pour la distinguer de la tuberculose ; le plus souvent ils permettent le diagnostic, mais cependant pas dans tous les cas. Aussi, pour différencier ces deux affections, on peut se baser sur l'infection première, sur la présence simultanée d'autres accidents spécifiques. On dit aussi que la pneumonie syphilitique commence au hile du poumon, alors que la tuberculose débute dans le lobe moyen pour ensuite gagner le sommet. Ensuite le syphilitique n'a pas de fièvre et a rarement des hémoptysies. Senator ajoute que dans la syphilis on a plus de râles secs et de frottements que dans la tuberculose. Mais tous ces signes peuvent tromper ; un maître en auscultation comme Skoda a bien pris un cas de tuberculose pour de la syphilis, et un syphiligraphe distingué, comme Fournier, a bien commis l'erreur inverse.

Enfin le diagnostic deviendra tout à fait impossible quand la syphilis sera combinée à la tuberculose dans la région pulmonaire.

Le prof. Senator s'occupant ensuite de la *thérapeutique*, particulièrement de quelques symptômes, commence par l'hémoptysie.

Dans n'importe quelle hémoptysie, faible ou forte, inutile de dire que le repos le plus absolu, de corps et d'esprit, est de rigueur. Ce traitement suffit le plus souvent, quand le crachement de sang est minime, quand il n'existe que quelques stries sanguinolentes. Quand l'hémoptysie devient plus inquiétante, il faut aussitôt prescrire la diète, et ne permettre que du lait, de la limonade, etc. ; il faut absolument éviter cette suralimentation, qu'on pourrait avoir tendance à instituer pour réparer les forces, et ne pas donner d'aliments ou de boissons trop chaudes.

Depuis l'antiquité on applique sur le thorax une vessie de glace : son effet est, dit-on, de faire contracter les vaisseaux et de coaguler le sang. Mais il est peu vraisemblable que les vaisseaux pulmonaires se contractent par réflexe, car leur tonus est faible, ensuite leur contraction ferait toujours place à une dilatation ; et si elle se produisait, sa durée serait trop courte pour permettre la coagulation. Bref on ne s'explique pas trop l'action de cette vessie de glace sur une hémorrhagie pulmonaire. Mais on l'emploie cependant ; elle calme les douleurs thoraciques, et exerce sur le malade un excellent effet moral.

Comme médication interne, on emploiera le seigle ergoté et ses dérivés, ergotine et ergotinine. Pour s'en servir, on s'est guidé sur leur efficacité dans les hémorhagies utérines, action qui repose sur la contraction des fibres lisses. Mais on ne peut expliquer de la même façon leur utilité dans l'hémoptysie. Ici, en effet, c'est un vaisseau malade, qui donne ; si l'ergotine amenait la contraction des vaisseaux, elle contracterait d'abord les vaisseaux sains, et produirait par suite une augmentation de pression dans l'artériole malade, d'où hémorrhagie plus grande. L'efficacité de ces médicaments, en pareil cas, reste donc inexpliquée, mais elle n'en existe pas moins. Pourtant Senator leur préfère les extraits d'Hydrastis et d'Hamamelis, et notamment la stypticine, dont les injections sous-cutanées ne produisent aucune irritation, comme le fait l'ergotine.

Un remède, qui augmente la coagulabilité du sang, est la gélatine ; son action hémostatique sur les plaies externes était connue depuis longtemps ; récemment on l'a employée pour l'usage interne, notamment pour les anévrysmes. Il faudrait dans les hémoptysies employer de fortes doses. Malheureusement les injections sous-cutanées en sont très douloureuses, et d'autant plus douloureuses que la solution est plus concentrée ; or, il est indiqué avant tout dans l'hémoptysie d'éviter toute excitation sensible, car celle-ci pourrait ramener un écoulement sanguin ; on n'emploiera donc pareilles injections qu'en petit nombre.

Un agent thérapeutique, dont l'effet est au moins égal à celui de tous les hémostatiques, c'est la morphine. Celle-ci, en effet, calme le malade, fait disparaître ses envies de tousser, et lui procure le sommeil. Enfin, quand l'excitation cardiaque ne cède pas au moyen de la vessie de glace, on donne de la digitale.

Senator estime qu'avec le repos, la diète lactée, les solutions de gélatine, la morphine, la vessie de glace et quelquefois la digitale, il obtient d'aussi bons résultats que bien d'autres praticiens, au moyen des hémostatiques et sans avoir les inconvénients de ces derniers.

Il faut encore citer quelques moyens recommandés comme efficaces dans les hémoptysies intenses. Il y a d'abord la ligature des membres (quand le prolapsus est proche dans une hémorrhagie), puis les inhalations d'astringents (tannin, perchlorure de fer, etc.), qui arriveraient jusque dans les alvéoles. L'auteur n'y attache pas grande confiance.

L'auteur arrive ensuite à d'autres symptômes : la fièvre et les sueurs nocturnes.

Quand le mouvement fébrile du soir est peu accentué, il est inutile de s'en occuper, surtout si le malade ne fait pas un repas copieux, évite le vin ou les boissons excitantes, se couche de bonne heure, et fait auparavant une lotion froide. Quand la fièvre apparait assez tôt dans l'après-midi, on peut essayer les antithermiques. Il ne faut pas employer ceux qui sont à base d'acide

salicylique, l'antifibrine, etc., car ils ont une action fâcheuse sur le cœur. On emploiera la phénacétine, la lactophénine, le citrophène, le pyramidon ; on pourra allier l'un de ces produits à une dose de quinine et la donner 2-3 heures avant le début présumé de la fièvre. Si cette fièvre dure toute la journée, on recommande l'emploi à petites doses du pyramidon. On en fait prendre 1 gr. ou 1 gr. 50 dans 200 à 250 gr. d'eau sucrée, et on en fait prendre toutes les heures une cuillerée à potage.

Quand cette médication interne ne réussit pas ou quand elle est contre-indiquée, on peut s'adresser à des moyens externes, tels que des lotions externes fréquemment répétées durant la journée ; on peut y mêler du camphre, du menthol ; ces médicaments sont rafraîchissants ; en outre, le malade respire par cela même des vapeurs de camphre, réputé bacillicide.

Mais l'usage externe de gaïacol, sous forme de frictions, de badigeonnages est encore bien plus efficace pour abaisser la température. L'action peut être intense au point d'amener rapidement une chute de plusieurs degrés et quelquefois un collapsus dangereux. Il faut donc être très prudent et n'en employer qu'un 1/2 gramme au début, puis n'aller que jusqu'à 1 gr., 1 gr. 50.

Quant aux sueurs nocturnes, il n'est pas toujours nécessaire de les combattre, on ne le fait que lorsqu'elles affaiblissent par trop le malade. On rencontre des tuberculeux qui préfèrent des sueurs à une fièvre sèche, et se sentent ainsi plus à l'aise. Pour lutter contre cette transpiration morbide on emploiera de préférence des médicaments externes, en partie pour ménager l'estomac, en partie pour éviter beaucoup d'accidents que peuvent produire certains médicaments pris à l'intérieur.

Outre les lavages à l'eau vinaigrée ou à l'eau aromatisée, Senator recommande les frictions grasses, actuellement un peu délaissées. Le soir on frictionne le tronc et les membres, ou bien le tronc seul avec du lard non fumé, et le matin on se lave à l'alcool ou à l'eau de menthe. Ces frictions sont très en vogue dans le public allemand ; on les considère comme fortifiantes et même nutritives.

Les badigeonnages de la peau au formol sont encore plus efficaces, mais ils doivent être faits de façon à ce que les vapeurs n'incommodent pas le malade. On évite cet inconvénient en étendant sur les reins, ou sur les flancs 1 gr. d'une solution à 20 %, et en recouvrant immédiatement de ouate. La partie traitée cesse de transpirer pendant plusieurs jours, et si on change de place tous les soirs, on peut éviter les sueurs pendant un certain temps. Le formol amène une desquamation épidermique.

Nombreux sont les médicaments recommandés à l'intérieur ; cela n'est pas un mal, car ils ne réussissent pas tous dans tous les cas, et leur action disparait au bout d'un certain temps.

On recommande le lait froid avec ou sans cognac, etc. Parmi les médicaments nous citerons la belladone, ou mieux son alcaloïde, l'atropine, ou encore l'agaricine. Quelquefois on emploie encore la picrotoxine, en solution alcoolique de quelques milligrammes à 1 centigramme, ou en solution aqueuse, en injections sous-cutanées d'une seringue (solution à 1/2 pour cent) ; on donne encore le sulfonal (1-2 gram.), ce qui permet de procurer en même temps du sommeil au malade.

Il existe encore beaucoup d'autres symptômes, graves ou non, à traiter chez les tuberculeux ; mais en parler ici serait risquer des lieux communs.

Les cardiopathies utérines et leur balnéothérapie

Le cœur, organe très impressionnable, répond à toutes les excitations parties des différents territoires de notre corps, et en particulier des organes génitaux chez la femme. Déjà à l'état normal, les diverses phases de la vie génitale ont des influences nerveuses et vaso-motrices sur le cœur et sa fonction. A la puberté, en effet, apparaissent des troubles de l'innervation cardiaque ; les processus menstruels occasionnent des oscillations du pouls et de la pression sanguine ; la cohabitation, la conception, la gravidité, l'accouchement et la puerpéralité influent également sur le travail du cœur et la circulation ; et il en est encore de même à la ménopause. Enfin, les différents processus pathologiques, qui ont pour siège les organes génitaux ont aussi souvent une action analogue. Il faut dire « souvent », car il n'existe pas une relation nécessaire et constante entre les maladies des voies génitales et les troubles de la fonction cardiaque ; le carcinome utérin, par exemple, n'agit que très peu sur le cœur.

Les maladies des ovaires et les troubles de la menstruation sont les phénomènes pathologiques principaux qui retentissent sur le myocarde ; cela s'explique par l'impression du riche réseau nerveux de la glande ovarienne, qui se réfléchit sur les centres régulateurs du cœur et sur les centres vasomoteurs. De telle sorte que les inflammations de la vulve et du vagin ne troublent presque pas la fonction circulatoire, contrairement aux ovarites, aux tumeurs des ovaires, aux altérations de structure de l'utérus (flexion, version) qui amènent une véritable dislocation de ces glandes.

Ces troubles réflexes se résument presque toujours en des variations du rythme cardiaque. Les battements du cœur sont très souvent accélérés ; il y a de la tachycardie, des palpitations. Bien plus rarement ils sont ralentis, avec des crises de dyspnée et d'asthme cardiaque. Dans d'autres cas, ce sont les troubles vasomoteurs qui dominent : la face, le cou, la poitrine deviennent subitement rouges, la malade éprouve des sensations de chaleur, des sueurs insolites, de l'agitation psychique ou physique, des douleurs dans la région précordiale. Les deux variétés de phénomènes inquiètent généralement beaucoup les femmes, mais elles sont presque toujours d'un pronostic favorable ; ils cessent rapidement après la guérison des lésions génitales.

Quelquefois, cependant, quand les inflammations de l'utérus, des trompes ou des ovaires, affectent une forme longue et persistante, on peut, à des intervalles séparés par des semaines ou des mois, observer chez des femmes, dont le cœur est néanmoins intact, des crises analogues à celles de l'angine de poitrine. Celles-ci se traduisent par des douleurs précordiales intenses, par de la tachycardie, avec un pouls petit, dépressible, à peine sensible, une respiration

accélérée, superficielle, une agitation extraordinaire et des angoisses. Ces cas de pseudo-angines ont une durée variable, mais disparaissent toujours. Faute de lésions cardiaques ou vasculaires, ils doivent être rapportés à une névrose des plexus myocardiques, résultant des excitations génitales, qui amènent par réflexe une sorte de paralysie de ces plexus.

La dégénérescence myocardique, qu'on observe quelquefois consécutivement aux tumeurs des organes génitaux est-elle aussi primitivement sous la dépendance de processus sympathiques ou réflexes ? Il est difficile de le dire. En tout cas, dans les myomes utérins, non accompagnés d'hémorrhagies fréquentes, on observe souvent une dégénérescence graisseuse des faisceaux musculaires, puis consécutivement une dilatation et un amincissement du ventricule, avec de l'artério-sclérose du territoire vasculaire. On a, en pareil cas, les signes ordinaires de l'insuffisance et de la dilatation cardiaque : affaiblissement du choc de la pointe, amoindrissement des bruits du cœur, rhythme de galop, assez souvent angine de poitrine, phénomènes de stase dans les poumons et aux extrémités. La génèse de ces troubles est d'autant plus difficile à élucider, qu'ils apparaissent souvent alors que la tumeur est encore petite et que son retentissement sur l'organisme est encore peu marqué.

Il faut encore citer les affections génitales, qui amènent la dilatation et l'hypertrophie du cœur, par suite de leur influence sur le régime circulatoire général, et en particulier de l'abdomen. Telles sont les hémorrhagies utérines abondantes qui, par l'anémie qu'elles déterminent, influent d'une façon fâcheuse sur l'action cardiaque et sur la nutrition du myocarde. On observe alors des palpitations, de l'arythmie, souvent des souffles systoliques aux divers orifices, du battement des carotides, de la dyspnée, un peu d'œdème prétibial.

Enfin, on peut encore observer des cardiopathies utérines, consécutives aux manipulations pratiquées sur l'utérus dans un but thérapeutique : cathétérisme, massage utérin, etc. Ce sont alors des palpitations avec douleur au niveau du cœur et le long des vaisseaux.

Pour employer la balnéothérapie dans ces cardiopathies utérines, il faut savoir, dit le Dr *Kisch* (*Wien. Med. Woch.*, avril 1900), si elles sont dues simplement à une action réflexe, ou si, par la voie sympathique la lésion génitale a influencé les centres trophiques et produit une dégénération du myocarde, par exemple ; il faut aussi connaître l'étendue et la nature de la lésion utérine.

Ce sont les lésions cardiaques, dues aux troubles menstruels du début ou de la fin de la vie génitale, qui seront heureusement influencées par une cure balnéaire. Dans le premier cas, l'usage des eaux permettra un développement plus régulier des follicules de Graaf, et combattra la chloro-anémie des jeunes filles. C'est pourquoi Kisch recommande les eaux ferrugineuses pures, ou encore ferrugineuses et salines à l'intérieur ; les bains d'eaux ferrugineuses, renfermant beaucoup d'acide carbonique, les bains de tourbes ferrugineuses, ont une action merveilleuse sur le fonctionnement des organes hémato-poïetiques, augmentent l'énergie corporelle, et l'activité de la menstruation. Ce mode de traitement améliore l'état général de la nutrition, produit une congestion du bassin, et facilite la menstruation. A la suite de ces effets bienfaisants les cardiopathies diminuent ou disparaissent complètement.

A la ménopause, les troubles cardiaques et vaso-moteurs comportent l'indication de l'emploi systématique d'eaux minérales, faiblement purgatives (renfermant du sulfate de magnésie ou du chlorure de sodium). Ces eaux ont une action sur la composition un peu anormale du sang, combattent les différents troubles dus à la stase hyperémique, et la tendance à l'hyperexcitabilité réflexe du cœur. Cette thérapeutique doit être combinée à l'action calmante des bains à température indifférente (35 à 37° C.), aux lotions froides, aux enveloppements froids du ventre, qui diminuent l'excitabilité de la sphère génitale.

La balnéothérapie sera également indiquée pour amener la résorption des exsudats pelvi-péritonéaux, la résolution des états inflammatoires de l'utérus et des annexes, qui par une dislocation ou une compression des ovaires peuvent amener des cardiopathies réflexes. Ce seront ici de longs bains chauds, des bains salés, des bains de tourbe, des cataplasmes de tourbe, des enveloppements d'eau salée, avec des eaux légèrement laxatives à l'intérieur. Quand le cœur sera plutôt affaibli, il faudra des bains légèrement acides, renfermant de l'acide carbonique, des bains salés, qui calment l'arythmie, et relèvent le tonus du myocarde.

Enfin, quand il s'agira, comme pour le myome utérin, d'un état plutôt dégénératif du cœur, on s'adressera encore aux bains d'eaux minérales riches en acide carbonique pour tonifier le cœur ; cela, quand l'opération ne sera pas encore indiquée, ou ne sera plus possible. On pourra de la sorte diminuer les phénomènes cardiaques, et éviter les complications du côté du cœur et des vaisseaux, si la tumeur n'est pas très grande, si son développement est lent, ou si la malade est forte ou approche de la ménopause. Enfin, pour fortifier la fibre utérine, on ordonnera aussi des bains d'eau salée iodée ou salée bromée, des bains de tourbe. De même on agira indirectement sur le cœur en donnant à l'intérieur des eaux minérales, qui diminueront la pression sanguine, en activant la diurèse et les fonctions digestives ; celles-ci auront aussi une influence favorable sur l'artério-sclérose des vaisseaux utérins et les stases veineuses, qui facilitent l'évolution des myomes.

Ainsi donc, cette étude montre tous les bienfaits que procure la balnéothérapie dans les cardiopathies utérines ; elle rappelle aussi au médecin qu'il doit toujours examiner l'appareil génital d'une femme, qui se présente à lui avec une lésion cardiaque, dont l'origine est un peu obscure.

Extraction d'enfants vivants, pratiquée sur une mère morte ou moribonde.

Fleischmann (*Centralbl. f. Gynakologie*, 1900) rapporte le cas d'un enfant vivant qu'il a pu extraire, au forceps, la mère étant morte. L'autopsie médico-légale de celle-ci a démontré, de l'endartérite, une insuffisance mitrale et aortique, avec dégénéresrence graisseuse du myocarde.

Prokess (Ibid...) a pratiqué l'opération césarienne sur une moribonde, enceinte de huit mois. Cette opération faite pour sauver le fruit a donné un enfant vivant. La mère est morte huit heures après l'intervention. L'autopsie a dénoté une thrombose des sinus, de l'encéphalomalacie, et un œdème pulmonaire accentué.

Dr Georges.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Hommage à MM. Cézilly et Gassot.

Nos confrères ayant souhaité que partie du produit de la souscription fût consacrée à une œuvre de bienfaisance médicale, la souscription reste ouverte jusqu'à notre assemblée générale de novembre. Chaque fin de mois, nous publierons la liste des nouveaux souscripteurs. On tiendra à honneur d'y figurer.

Dr Maurat, Dr Jeanne.

Les nouveaux règlements des hôpitaux

A la date du 15 décembre 1899, le ministre de l'intérieur, par la plume de M. Monod, adressait aux préfets une volumineuse circulaire, par laquelle il les prie d'inviter les Commissions administratives des hôpitaux et hospices à réviser leurs règlements afin de les mettre en harmonie avec la législation actuelle. Il leur communique en même temps le règlement type adopté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, et dont les règlements particuliers à chaque hôpital ou hospice doivent se rapprocher autant que possible. Ce règlement type est accompagné de copieux commentaires.

Il nous a paru intéressant d'analyser ce document, au moins dans les parties qui intéressent le service médical ; il est encore peu connu.

On ne peut qu'applaudir aux principes que la circulaire pose en ces termes :

« ..... Il est une dernière recommandation « que je tiens à vous faire : veillez à ce que le « rôle du médecin d'hôpital ou d'hospice soit fixé « d'une manière satisfaisante. Quelque compétence que possèdent les membres des Commissions administratives, ils ne sauraient se passer de la collaboration du corps médical lorsqu'ils ont à rédiger en entier, ou à modifier « dans chacune de ses parties, le règlement intérieur de l'établissement. Il ne suffit pas « qu'ils accordent aux médecins l'initiative indispensable ; afin que ceux-ci conservent leur « part de responsabilité dans l'exécution des divers services, il faut qu'ils se les associent « pour la réglementation de ces services ; et « cela, alors même qu'il se trouverait dans la « Commission un ou plusieurs docteurs en médecine, car ce n'est pas seulement à cause de « leurs connaissances techniques que les médecins doivent être consultés par les administrateurs, mais encore parce qu'il est impossible de mettre sagement au point l'organisation « hospitalière, sans avoir sur son fonctionnement « des renseignements pratiques que les médecins qui desservent l'établissement sont seuls « en état de fournir. ».

Il faut bien reconnaitre que, si la lettre des règlements se conformait désormais à l'esprit qui anime la circulaire, ce serait une véritable révolution ; car le corps médical occuperait dans l'hôpital une situation prépondérante que le bon sens suffit à indiquer, mais sur laquelle les règlements ont toujours été muets, en sorte que le médecin a toujours été systématiquement tenu à l'écart et que toute influence lui est refusée.

Malheureusement on peut se demander si l'Administration ne se contentera pas de ces bonnes paroles, car les articles du règlement type nous paraissent insuffisants à les faire mettre en pratique. On en jugera. Nous reproduisons les articles concernant le service médical.

Art. III. — *Les médecins et chirurgiens sont nommés par la Commission administrative ; ils ne peuvent être révoqués qu'avec l'approbation du préfet.*

La limite d'âge est fixée à   pour les médecins, et à   pour les chirurgiens. La Commission, à raison de leurs services, pourra leur conférer l'honorariat.

NOTA. — *La Commission administrative peut instituer, et il est extrêmement désirable qu'elle institue un concours préalable à la nomination des médecins et chirurgiens, titulaires et adjoints.*

Le commentaire fait ressortir sur ce dernier point que le Concours est presque partout possible, une Faculté ou une École voisine pouvant toujours fournir les éléments d'un jury médical. On sait que c'est ce qui se fait à Rouen pour les hôpitaux d'Elbeuf et du Havre.

Nous relevons aussi cette phrase : « La Commission administrative a toute latitude pour s'entendre avec le personnel médical, aussi bien au sujet des titres qu'au sujet des honoraires. » M. Monod sait-il que ces mots « s'entendre avec le personnel médical » au sujet des honoraires, consistent encore pour quelques Commissions — oh ! très rares — à refuser toute espèce d'honoraires ? Sait-il que ces Commissions regardent une réclamation à ce sujet comme une sorte de demande d'aumône qu'elles s'empressent de refuser, — puisqu'elles recrutent leurs médecins quand même ! — et non comme le rappel d'une dette d'honneur qui devrait s'imposer aussi fortement aux Commissions administratives qu'aux particuliers ! en sorte que les médecins, traités de mendiants, se taisent pendant quelques années, honteux de leur audace grande d'avoir dit que les soins médicaux, étant nécessaires dans un hôpital et leur prenant une partie de leur temps, valaient bien quelque indemnité, et que ce ne serait pas mal gérer le bien des pauvres que de compter une quinzaine de mille francs pour cet objet dans un budget de dix-huit cent mille francs !

Art. 12. — *Les médecins et chirurgiens visitent les malades, tous les jours, à   heures du matin.*

Ils font inscrire sur un cahier spécial leurs prescriptions et le régime alimentaire de chaque malade. A la fin de leurs visites, ils signent ce cahier.

Ils doivent consigner, sur un registre AD HOC, *leurs observations individuelles sur les personnes traitées dans l'hôpital.*

Il paraît que ce *registre d'observations* était obligatoire depuis 1840 ; nous l'ignorions absolument et puisqu'on revisait les règlements, on aurait bien pu supprimer ce paragraphe ou le rendre plus clair. C'est effrayant, ce qu'on pourrait avoir

la prétention de nous imposer, avec ces deux lignes là !

Art. 13. — *Les médecins et chirurgiens, dans le cas de maladie contagieuse ou épidémique, doivent faire les déclarations prescrites par la loi du 15 novembre 1892, et prendre les mesures qui leur paraissent de nature à empêcher la contagion de se propager. Ils en rendront compte immédiatement à l'administrateur de service.*

« Il nous a paru conforme à la logique que les « médecins fussent appelés à ordonner de suite « les mesures à prendre pour assurer la préser- « vation intérieure et qu'ils eussent ensuite à « rendre compte à l'administrateur. Procéder in- « versement, c'est-à-dire prévenir l'administra- « teur de service et attendre de lui l'exécution « des ordres nécessaires, était, dans bien des « cas, apporter un retard plus ou moins grave à « l'isolement et à la désinfection désirables, et « qui ne saurait être sans dangers pour la po- « pulation hospitalière. Cette petite part d'auto- « rité que l'urgence explique ne saurait effarou- « cher les Commissions administratives. » «... Il « faut que l'isolement soit sérieux et la désin- « fection efficace. Le médecin doit avoir compé- « tence pour surveiller la réalité de l'isolement « et l'efficacité de la désinfection. Le quartier d'i- « solement pour les malades atteints d'affections « transmissibles est un organe essentiel. »

« ... L'isolement ne sera effectif que s'il sup- « prime tout rapport entre, d'une part, les mala- « des contagieux et *le personnel affecté à leur trai-* « *tement*, d autre part le reste de l'hôpital.

« ... Le quartier d'isolement appelle un ser- « vice d'observation où sont logés les entrants « suspects d'affections contagieuses.... »

Voilà de bien belles choses sur le papier. Combien d'hôpitaux ont ou auront d'ici longtemps une telle organisation pour tous les contagieux ? Suivent des observations sur le blanchissage et la désinfection, qui ne prouvent pas que le rédacteur de la circulaire ait des connaissances bien pratiques sur la question.

Art. 14 — *Les médecins et chirurgiens doivent être appelés à donner leur avis sur les changements ou grosses réparations aux constructions entreprises dans les hôpitaux ou hospices.*

Le commentaire fait observer qu'une simple réparation peut soulever de la part du Corps médical des critiques très justifiées.

C'est tout. C'est quelque chose et ce n'est pas assez à beaucoup près, car on peut être certain que nombre de Commissions administratives, loin de s'inspirer de l'esprit de la circulaire, auront soin de s'en tenir à la lettre du règlement, ou bien plutôt à la moitié de cette lettre.

Bien plus, la circulaire elle-même s'excuse de paraître en un point bien restreint donner une autorité au médecin : elle plaide les circonstances atténuantes. Ces médecins sont des ogres dont on a bien peur !

Pourquoi donc ne pas prendre des mesures nettes et franches pour que le médecin d'hôpital donne son avis quand il lui plaît et le croit utile ? Est-ce que, à Paris, les médecins des hôpitaux et les chirurgiens n'ont pas chacun un représentant officiel dans le Conseil de surveillance ? Pourquoi n'en serait-il pas de même en province ?

Il y a dans la Seine-Inférieure une Commission administrative qui a libéralement inscrit dans son règlement cette représentation du Corps médical dans son sein. L'article 1er du règlement des hospices du Havre dit : « Un médecin ou un chirurgien titulaire est délégué par ses collègues auprès de la Commission pour lui communiquer les renseignements qu'elle demanderait ou qu'ils jugeraient utile de lui adresser, et pour représenter leurs intérêts. »

C'est bien là ce que le Corps médical demanderait partout. Il ne suit pas de là que la Commission ne ferait jamais rien contre les intérêts du Corps médical ; nous l'avons montré précisément pour le Havre à l'occasion ; il n'en est pas moins vrai que la garantie est sérieuse et qu'un fait particulier ne saurait en diminuer la valeur.

Le ministère aurait fait besogne utile en prescrivant l'introduction d'une disposition semblable dans tous les règlements hospitaliers, pour le bien des hôpitaux et des Commissions elles-mêmes, où l'on n'accumule peut-être pas toujours toutes les compétences.

Il faut espérer en tout cas qu'on n'oubliera nulle part que « les Commissions administratives ne sauraient se passer de la collaboration du Corps médical lorsqu'elles ont à rédiger ou à modifier le règlement intérieur de l'établissement ».

(*Normandie médicale.*) A. Cerné.

Le Recrutement du Personnel médical des Hôpitaux de Province.

Le Concours obligatoire.

Il y a toujours quelque satisfaction à constater que les idées qu'on a défendues, avec plus ou moins de bonheur, ont cessé d'être purement théoriques, et que les vœux timidement émis ont acquis force de loi.

Cette satisfaction, je viens d'en éprouver quelque chose, en lisant la Circulaire ministérielle du 15 décembre dernier, sur *l'organisation* et la *réglementation des hôpitaux et hospices civils.* Elle est suivie d'un règlement élaboré par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, règlement dont les Commissions administratives *devront s'inspirer* pour établir celui de l'Etablissement qu'elles sont chargées de diriger.

Dans ce règlement, je ne veux retenir que ce qui a trait au recrutement du personnel médico-chirurgical hospitalier. Mes collègues du *Concours médical* se souviennent sans doute qu'ici même, j'ai soutenu l'année dernière (Cf *Concours médical*, 1899, nos 9 et suivants), que les médecins-chirurgiens et accoucheurs des hospices et hôpitaux devraient être nommés au Concours, sauf dans certaines circonstances particulières d'insuffisance de lits ou de concurrents.

Or, voici comment s'exprime la circulaire en question :

P. 21. « § II Art. 11..........................

....

« Nota. — La Commission administrative peut « instituer, et il est extrêmement désirable qu'elle « institue un Concours préalable à la nomina- « tion des médecins et chirurgiens titulaires ou « adjoints. »

Voici maintenant les commentaires de cet article.

« .... La note adoptée par le Conseil supé- « rieur rappelle, en lui imprimant un caractère « plus pressant, une disposition ainsi formulée

« par son rapporteur : « La Commission administrative, disait celui-ci, peut instituer un « Concours préalable à la nomination des médecins et chirurgiens titulaires ou adjoints. » « Les sections réunies s'étaient contentées d'adopter ce texte. Cela a paru insuffisant au Conseil. Plusieurs de ses membres demandaient « que *le Concours fût, dans tous les cas, obligatoire* ; mais le rapporteur a fait remarquer que « les médecins ont une tendance croissante à se « grouper dans les villes importantes, que dans « un certain nombre de localités le Concours serait impraticable. Cependant, comme plusieurs « de ses collègues insistaient sur la nécessité « de maintenir élevé le niveau scientifique du « corps médical hospitalier, comme lui-même « avait fait ressortir avec force les avantages « du Concours « *sur une liste de présentation arbitrairement dressée* », du Concours donnant à « la Commission administrative et à l'autorité « départementale « un *guide impartial pour faire leur choix et mettant ainsi à l'abri leur responsabilité à l'égard des indigents malades* » le rapporteur accepta et le Conseil supérieur décida « qu'aux mots : *la Commission administrative peut instituer*, — on ajouterait ceux-ci : *et il est extrêmement désirable qu'elle institue*. Cette addition dicte leur devoir aux Commissions administratives et à vous-mêmes (les Préfets).

« LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DOIVENT DONC « ÊTRE NOMMÉS AU CONCOURS PARTOUT OU CELA SERA « POSSIBLE. VOUS NE DEVREZ DONNER VOTRE AGRÉMENT A UNE NOMINATION FAITE SANS CONCOURS QUE « LORSQU'IL VOUS SERA DÉMONTRÉ QUE CE CONCOURS « NE PEUT ÊTRE CONSTITUÉ. Dira-t-on que dans « telle commune peu importante, on ne peut « réunir les éléments constitutifs d'un Jury ? Le « doyen de la Faculté de Médecine de Toulouse, « M. le Dr Caubet a répondu à cette objection « que rien n'empêcherait, dans une telle commune, la Commission administrative de faire « appel à la Faculté de médecine de la région et « aux médecins des villes voisines. M. Hermann « Sabran, président du Conseil général des hospices de Lyon, a fait observer que pour le recrutement des médecins des hôpitaux de Saint-Etienne, de Grenoble, de Vienne, de Chalon-sur-Saône, les concours ont lieu dès à présent « à Lyon.....................................

Il n'y a rien à ajouter aux lignes qui précèdent : « *elles dictent leur devoir aux Commissions et aux Préfets* et ce devoir c'est le *concours* tel que nous l'avons indiqué.

Ne peut-on d'ailleurs en déduire qu'elles précisent implicitement les droits des intéressés, et que tout aspirant à une place vacante de médecin ou de chirurgien d'hôpital sera fondé à réclamer en droit et en raison ce *concours préalable obligatoire*, à moins qu'il ne puisse être constitué et le ministre a soin d'ajouter que cette éventualité ne se présentera que rarement.

Nous pouvons donc nous réjouir à juste titre de ce progrès notable, et si je n'ai pas la fatuité de prétendre y avoir contribué, je me félicite néanmoins d'avoir avec tant d'autres, et notamment avec mon vénéré confrère le Dr Notta (de Lisieux), soutenu une thèse dont la légitimité a été reconnue par l'autorité compétente.

Il y a encore, dans cette circulaire, deux lignes qui ont une importance capitale et que je signale ici : « C'est ici, dit le ministre, le lieu de « rappeler, *qu'il y a incompatibilité entre les fonctions de membre d'une Commission administrative d'hôpital ou d'hospice et celles de médecin du même établissement.* (p. 22.)

L'incompatibilité existe a fortiori quand le médecin de l'hôpital est maire de la commune et par suite, président de la Commission (Cf. *Concours médical*, 1899, n° 5. Propos du jour).

Il faudra donc que bon gré mal gré, ceux d'entre nous qui détiennent les charges publiques et les fonctions hospitalières en prennent leur parti et optent pour les unes ou les autres.

Dr DUCHESNE.
(Ferrières-en-Gâtinais.)

REPORTAGE MÉDICAL

La peste à Glasgow. — L'Angleterre, dont l'égoïsme commercial a souvent fait pièce aux résolutions des conférences internationales touchant la prophylaxie des fléaux exotiques, est quelque peu menacée de payer un tribut à l'un des plus redoutés, la peste bubonique.

On signale à Glasgow 17 cas de cette maladie et deux décès se sont déjà produits : de plus 115 personnes sont en observation. Cela donne à penser à nos confrères anglais qui envisagent les dangers de propagation.

« Il ne faut pas oublier, dit le *British Medical Journal*, que les symptômes de la peste sont le plus souvent des plus vagues et des plus difficiles à diagnostiquer. Tel individu a la pneumonie, tel autre a les oreillons, tel autre encore a un simple délire provenant d'un coup de soleil. En conséquence, il ne suffit pas de mettre en quarantaine toute personne qui, débarquant dans nos ports, aurait des taches de petite vérole sur la peau ou présenterait des symptômes d'une éruption quelconque ; mais si l'on veut vraiment faire face au fléau, il faudrait mettre en quarantaine toute personne indistinctement qui présente un symptôme de maladie, fût-ce d'indisposition quelconque. »

Peut être serait-il sage que nous-mêmes prenions quelque inquiétude et... quelques précautions, surtout par ce temps de visites des étrangers à notre Exposition internationale.

L'enseignement de l'hygiène. — Sur la proposition de Mme le Dr Edwards Pilliet, et à la suite d'un vote émis par le IIe Congrès officiel des œuvres et institutions féminines, une Société de propagande pour l'enseignement de l'hygiène aux femmes vient de se fonder à Paris.

Que de choses à leur apprendre ! Nous allons peut-être à une révolution dans le costume et les habitudes du beau sexe.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4545. — M. le docteur LANONNOTE, de Saint-Macaire (Gironde), présenté par M. le docteur Labonnote père.

N° 4546.— M. le docteur LEMIÈRE, de Lille (Nord), membre du Syndicat de Lille.

N° 4547. — M. le docteur BERGER, de Aime (Savoie), membre de l'Association des médecins de la Savoie et présenté par M. le docteur Rullier, de Bourg-Saint-Maurice (Savoie).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur CHAUVEL, de Quimper (Finistère), membre du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 38 22 SEPTEMBRE 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Pour les maires médecins.

Le banquet du 22 septembre va réunir à Paris un nombre de médecins français au moins aussi élevé que celui atteint par eux dans nos Congrès professionnels.

Quel sera l'emploi de leur temps dans l'intervalle des cérémonies officielles, des fêtes culinaires ou artistiques ?

Il nous semble qu'ils se fatigueront vite d'être parqués, à table ou au milieu des salons, par cantons, arrondissements, départements, sous la houlette de leurs sénateurs ou députés, à côté de compatriotes qu'ils voient dans tous les grands jours de fièvre électorale, ou même dans les banales parades du comice agricole, du tirage au sort ou du conseil de révision.

Bien des cervelles, nous le savons, travaillent à leur procurer des passe-temps joyeux. Mais, comme on se blase de tout, et particulièrement du plaisir, peut-être ces confrères nous sauront-ils gré de leur suggérer l'idée de mêler l'utile à l'agréable.

Pendant que leurs familles, si elles sont du voyage, iront aux visites et aux emplettes, qui empêcherait nos maires-médecins d'improviser, sans écharpes, leur petit Congrès, en y invitant le groupe médical parlementaire ?

Quand on est, dans son coin, le représentant de tous les pouvoirs ; quand il faut se heurter chaque jour aux difficultés d'application des mesures légales d'assistance, d'hygiène, de justice, de police, etc..., en y mêlant forcément le médecin, (puisqu'aujourd'hui on le requiert à tout propos), il semble bien que les éléments ne font pas défaut pour l'élaboration extemporanée d'un programme de *Congrès de médecine administrative*.

En veut-on une esquisse ?

1° Droits et devoirs du maire-médecin devant la loi de 1892, la loi d'assistance, la loi Roussel, l'inspection des écoles, le service médical de l'hôpital, des Sociétés de secours mutuels, le droit de réquisition judiciaire, etc....

2° Incompatibilités de mandats et de fonctions rétribuées ;

3° La déontologie et la politique locale ;

4° Les maires-médecins dans la lutte contre l'alcoolisme, la tuberculose, les maladies contagieuses ;

5° Maire et médecin devant le projet de loi sur la santé publique ;

Etc, etc...

Il serait imprudent et même, dira-t-on, impossible, de traiter, au pied levé, toutes ces questions et *de quibusdam aliis* : nous n'en disconvenons pas.

Mais, quand on ne ferait que rédiger le programme et constituer une commission permanente, à laquelle le *Concours médical* serait toujours heureux d'aller porter ses petites observations, ce serait déjà quelque chose, et cela ne gênerait personne.

Et lorsque nos amis viendront au banquet suivant, ils trouveraient préparés les documents nécessaires à d'intéressantes discussions.

C'est la grâce que nous leur souhaitons, en même temps que la bienvenue. H. J.

LA SEMAINE MEDICALE

Le réchauffement des nouveau-nés débiles.

D'après la thèse du Dr *J. Gagey*, les nouveau-nés atteints de débilité congénitale doivent être soustraits plus que tous les autres à l'action nocive du froid. Parmi les moyens les plus rationnels pour fournir à l'enfant la chaleur qu'il ne peut produire lui-même, le plus employé, et à juste raison, c'est la couveuse artificielle : ce moyen a sauvé déjà bien des vies et on peut être assuré d'en sauver encore davantage, si l'on satisfait à certaines conditions.

D'abord, la couveuse doit être placée dans un milieu sain, car elle ne protège pas l'enfant contre l'infection.

Mais, il est injuste de prétendre qu'elle favorise l'infection, en accumulant autour de l'enfant les germes de l'atmosphère et en facilitant, par sa température constante, leur pullulation.

Le pire danger pour le débile est le défaut de réchauffement. Si, craignant de fournir aux microbes une température favorable à leur accroissement, on sort l'enfant de sa couveuse pour ne pas l'exposer à une mort possible par infection, on l'expose à une mort certaine par refroidissement.

La couveuse a principalement l'inconvénient de ne pouvoir être amenée à une température assez haute, sans dommages pour l'enfant, quand on a besoin de le réchauffer rapidement.

D'où l'idée, due à M. le Dr Bonnaire, d'en saturer l'air de vapeur d'eau, l'étuve humide réchauffant mieux que l'étuve sèche. C'est ce que l'on appelle, par analogie, *la couveuse humide*, opposée à la couveuse sèche.

Cette couveuse humide a comme principales indications :

1° L'hypothermie très marquée d'emblée ;

2° L'hypothermie résistant à la couveuse sèche ;

3° Le sclérème ;

4° La diminution progressive de poids chez un enfant, malgré sa mise en couveuse sèche ;

5° La cyanose.

Un autre moyen de réchauffement des débiles qui, théoriquement, paraît devoir être excellent, c'est la balnéation continue, comme l'a essayée, en Allemagne, Winckel. Cette méthode mériterait d'être expérimentée de nouveau.

Quel que soit le procédé de réchauffement employé, l'alimentation a une importance capitale, car elle est la source de la chaleur propre de l'enfant.

Chez le nouveau-né mis en couveuse, on ne comprend pas l'utilité du maillot, puisque le milieu a une température constante. Il vaut mieux que l'enfant soit simplement enveloppé d'un peu d'ouate et libre de ses mouvements.

Traitement des loupes par les injections interstitielles d'éther.

Le *Courrier Médical* nous signale un curieux procédé de traitement des kystes sébacés ou loupes : ce sont les injections interstitielles d'éther.

Il faut avoir soin d'employer pour ces injections de l'éther sulfurique officinal parfaitement pur. La seringue doit être stérilisée avant l'opération, et la surface de la loupe rendue aseptique par un lavage au savon et au sublimé corrosif. Si la tumeur est peu volumineuse, on n'injecte que 5 à 6 gouttes d'éther. Quand elle est

FEUILLETON

Paroles d'un croyant (de Lamennais).

Extraits et variantes à l'usage des médecins.

Vous êtes fils d'un même père, Hippocrate, et une même mère, la science, vous a allaités ; pourquoi donc ne vous aimez-vous pas les uns les autres comme des frères et pourquoi vous traitez vous bien plutôt en ennemis ?

Aimez-vous les uns les autres, et vous ne craindrez ni les grands, ni les collectivités qui vous pressurent. Les exploiteurs ne sont forts contre vous que parce que vous n'êtes point unis, que parce que vous ne vous aimez point de tout votre cœur et sans arrière-pensée.

Si l'on frappe un membre, tout le corps souffre. Vous êtes tous un même corps ; on ne peut opprimer l'un de vous que tous ne soient opprimés.

Si un loup se jette sur un troupeau, il ne le dévore pas tout entier sur-le-champ ; il saisit un mouton et le mange. Puis, sa faim étant revenue, il en saisit un autre et le mange, et ainsi jusqu'au dernier, car sa faim revient toujours. — Ne soyez pas comme les moutons, qui, lorsque le loup a enlevé l'un d'eux, s'effrayent un moment et puis se remettent à paître. Car, pensent-ils, peut-être se contentera-t-il d'une première ou d'une seconde proie et qu'ai-je affaire de m'inquiéter de ceux qu'il dévore ? — Qu'est-ce que cela me fait à moi ? il ne me restera que plus d'herbe.

En vérité, je vous le dis, ceux qui pensent ainsi en eux-mêmes sont marqués pour être la pâture de la bête qui vit de la chair et du sang.

Les monstres qui vous guettent, ce sont les niaiseries malveillantes, les cancans semés et entretenus par les ennemis inconnus, l'envie aux traits venimeux, dont les coups d'épingle répétés, finissent par former une plaie saignante et douloureuse ; ce sont les propos acerbes de la calomnie, de la médisance, qui, à la longue, parviennent à entraîner les honnêtetés et les réputations les mieux établies.

Que votre âme soit au-dessus de ces vilenies ; ne les accueillez qu'avec la plus grande réserve et à la dernière extrémité.

. . . .

— Pourquoi les animaux trouvent-ils leur nourriture, chacun suivant son espèce ? — C'est que nul parmi eux ne dérobe celle d'autrui, et que chacun se contente de ce qui suffit à ses besoins.

Si, dans la ruche, une abeille disait : Tout le miel qui est ici est à moi, et que, là-dessus elle se mît à disposer comme elle l'entendrait des fruits du travail commun, que deviendraient les autres abeilles ?

La corporation médicale est comme une grande ruche et les médecins sont comme des abeilles. Vous manquerez à la justice et à la charité en enlevant à votre voisin les éléments nécessaires à sa subsistance, c'est-à-dire ses clients attitrés, ceux qui lui étaient acquis de longue date et qu'on ne peut en détacher que par des manœuvres louches et des procédés incorrects.

. . . .

Lorsqu'un arbre est seul, il est battu des vents

volumineuse on peut injecter dans la même séance une pleine seringue de Pravaz, en opérant à doses fractionnées, à mesure que la diminution de tension de la poche indique qu'une certaine quantité de tissus adipeux est dissoute par l'éther. Quand on retire l'aiguille, on a soin de laver au sublimé et de fermer l'orifice de la piqûre par l'application d'une goutte de collodion.

On renouvelle ces injections tous les deux jours en ayant soin d'introduire toujours l'aiguille par le même orifice.

Au bout de cinq ou six injections, on voit la tumeur se ramollir et devenir presque fluctuante. En même temps, il se forme au niveau de la piqûre une petite escare, une petite croûte brunâtre qui ne doit pas dépasser les dimensions d'une tête de grosse épingle.

On détache cette escare avec la pointe d'un stylet, et, en comprimant la poche entre les doigts, on en fait sourdre le contenu.

Cela fait, il ne reste plus qu'à extraire le sac. Son adhésion aux parties voisines est diminuée par suite du traitement déjà subi. On achève de le détacher au moyen d'un stylet qu'on introduit par l'orifice de l'escare et qu'on insinue entre les couches profondes de la peau et de la paroi kystique. Puis on fait saillir les bords du sac à travers les lèvres de l'orifice de la peau, et à l'aide d'une pince on amène le sac en totalité par une traction lente et progressive, sans saccades.

A la suite de cette extraction, la peau qui recouvrait le kyste se rétracte peu à peu, la petite plaie se referme sans laisser de cicatrice appréciable, et il ne reste plus, au point où se trouvait la loupe, qu'un petit nodule fibreux qui s'affaisse et disparaît rapidement.

L'eczéma chronique des enfants.

Les Annales de médecine et de chirurgie infantiles indiquent, d'après les *Annales of gynecology and pediatry*, le procédé préconisé par le Dr Chapin dans les cas d'eczéma chronique rebelle aux divers traitements habituellement employés.

On doit d'abord débarrasser la peau de toutes les croûtes desséchées qui sont à sa surface : on les ramollit soit avec de l'huile, soit avec une solution antiseptique. Dans ce dernier cas, on applique des compresses imbibées, soit avec du bichlorure de mercure à 1 pour 10.000, soit avec de l'acide phénique à 1 %, puis on les recouvre de toile cirée. Au bout de douze heures, le ramollissement des croûtes est suffisant pour qu'on puisse les détacher avec de petits tampons d'ouate plongés dans la vaseline ou l'huile. Si on doit soigner une grande surface du corps, il vaut mieux ne pas employer l'acide phénique, surtout chez les jeunes enfants, à cause des accidents toxiques qu'il pourrait déterminer. Un excellent moyen pour faire disparaître l'exsudation est d'entourer toute la partie avec du lint qui a été plongé dans de l'huile d'amandes douces, et de la recouvrir avec de la toile cirée.

Il faut maintenant traiter une peau irritée qui a été débarrassée de ses produits inflammatoires. Après beaucoup d'essais, c'est encore la pâte de Lassar qui chez les jeunes enfants donne les meilleurs résultats. Voici quelle est sa composition :

Acide salicylique.........	1 gramme.
Oxyde de zinc............	25 grammes.
Amidon...................	25 grammes.
Vaseline.................	50 grammes.

Chez les très jeunes enfants, on peut la diluer

---

et dépouillé de ses feuilles ; et ses branches, au lieu de s'élever, s'abaissent comme si elles cherchaient la terre.

Lorsqu'une plante est seule, ne trouvant point d'appui contre l'ardeur du soleil, elle languit, elle se dessèche, et meurt.

Ne soyez donc point comme la plante et comme l'arbre qui sont seuls ; mais unissez-vous les uns les autres, et appuyez-vous, et abritez-vous mutuellement.

Tandis que vous serez désunis, et que chacun ne songera qu'à soi, vous n'avez rien à espérer que souffrance, et malheur, et oppression.

Celui qui se sépare de ses frères, la crainte le suit quand il marche, s'assied près de lui quand il se repose, et ne le quitte pas même durant son sommeil. Donc, si l'on vous demande : Combien êtes-vous ? répondez ! Nous sommes un, car nos frères c'est nous, et nous, c'est nos frères.

Faites ainsi, et vous romprez le cours de l'iniquité, qui vous emporte lorsque vous êtes seuls, et vous jette brisés sur la rive.

. . . .

Vous n'avez qu'un jour à passer sur la terre ; faites en sorte de le passer en paix. La paix est le fruit de l'amour, car, pour vivre en paix, il faut savoir supporter bien des choses.

Nul n'est parfait, tous ont leurs défauts ; chaque homme pèse sur les autres, et l'amour seul rend ce poids léger.

Si vous ne pouvez supporter vos confrères, comment ceux-ci vous supporteront-ils ?

Vous dites que vous aimez, et il y a, en grand nombre, de malades qui languissent, privés de secours, sur leur pauvre couche, de malheureux qui pleurent sans que personne pleure avec eux. — Si vos ressources ne vous permettent pas de leur venir efficacement en aide, laissez tomber au moins sur eux un regard de pitié, consolez-les, faites luire une lueur d'espoir dans la nuit si sombre de leur découragement et de leur infortune.

Paix sur la terre aux médecins dont la volonté est bonne ! — Car, s'il y a toujours des vents brûlants, qui passent sur l'âme de l'homme et la dessèchent, la bonté est la rosée qui la rafraîchit.

. . . .

Dans la balance du droit éternel, votre volonté corporative pèse plus que la volonté d'un maire, d'un préfet, d'un ministre, car ce sont les électeurs qui font ces fonctionnaires et ces fonctionnaires sont faits pour la masse. Les médecins, en particulier, ne sont pas faits pour les représentants de la collectivité. Ils ne sauraient être liés à eux comme le cheval est soumis à celui qui le monte et en tire profit, comme le fouet du maître à la peau de l'esclave. Il ne faut pas les laisser régner et s'imposer comme s'ils étaient d'une nature plus élevée. Reprenez votre rang, redressez-vous au nom de la liberté et de votre dignité, car ils n'ont d'autre mission que de protéger les bons contre les méchants, afin que le faible puisse vivre en paix ! — En dehors de ce devoir d'assurer le règne de la justice, leur domination ne saurait être que celle de l'orgueil et de la convoitise.

Et c'est pourquoi, lorsqu'on n'a pas à craindre qu'il n'en résulte plus de mal, chacun peut et quelquefois doit en conscience leur résister. Avant d'être à eux, nous sommes à la tolérance, à la droi-

avec égales parties de vaseline boriquée. Cette pâte doit être étendue sur la peau, puis la surface ainsi enduite, est recouverte d'un pansement. Lorsque la figure est atteinte, on emploie un masque en lint. Le pansement est renouvelé une fois par jour, et la peau est nettoyée chaque fois avec des tampons d'ouate enduits de vaseline pure ou boriquée : puis on enlève la pâte mise les jours précédents pour la remplacer par de la pâte nouvelle. Ce traitement peut s'appliquer soit à un membre, soit au corps tout entier.

Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde

D'après une récente thèse de M. le Dr Victor *Deville*, de Toulon, la courbe d'agglutination du sérum peut être comme la courbe thermique et la marche du pouls, un élément important du pronostic.

En effet, le pouvoir agglutinant a toujours été d'une faiblesse excessive chez les malades observés par M. Deville ; la courbe est restée invariablement au-dessous de 1 pour cent. « Nous sommes loin, en effet, dit-il, des courbes des observations rapportées par MM. Widal et P. Courmont, qui sont, en général, régulières, ascendantes et descendantes et dont le maximum est atteint presque toujours au moment où la défervescence commence à s'accuser. Mais il est important aussi de constater que, dans plusieurs observations relatées dans la thèse de M. Courmont, le pouvoir agglutinant ne s'est pas élevé au-dessus de 1 pour 80. Tous ces cas se rapportent à des formes très graves, prolongées, ou bien à des formes à rechute.

« Une seule fois, le pouvoir agglutinant s'est élevé à 1 pour 600, mais s'est abaissé brusquement à 1 pour 10 le jour de la mort.

« Sur 15 observations, M. Deville a noté 11 décès. Il a constaté que sur ces onze décès, le pouvoir agglutinant, mesuré la veille ou le jour même de la mort, a été négatif six fois. En revanche, dans un cas, le pouvoir agglutinant qui s'est élevé à 1 pour 600 au moment où la défervescence s'accentuait et où tout faisait espérer une convalescence prochaine, tombe à 1 pour 10 le jour même de la mort.

Ces résultats dans lesquels il ne faut pas voir sans doute une simple coïncidence, semblent donc fournir des arguments sérieux en faveur de la valeur pronostique de la séro-réaction conformément à l'opinion de M. P. Courmont.

En terminant, l'auteur rapporte que neuf cas de rash ont été observés sur les 15 observations. Ces rash, qui ressemblent quelquefois à l'éruption de la rougeole, mais surtout à celle de la scarlatine, se présentent, soit sous la forme de macules rouges, isolées ou confluentes, soit sous la forme de larges plaques d'une teinte rouge écarlate envahissant parfois tout un membre sans interposition de peau saine. Sous la pression des doigts cet érythème pâlit, mais se recolore immédiatement. La desquamation prend à la face le type furfuracé, tandis qu'aux membres elle simule généralement la desquamation de la scarlatine. Ces rash ont presque toujours coïncidé avec une ascension de la température et, en général, avec une descente du pouvoir agglutinant. Nous devons donc les considérer, comme la plus haute expression de l'infection de l'organisme par les toxines éberthiennes.

La conclusion, au point de vue du traitement, est la suivante :

En l'absence de méthode séro-thérapique, il est de toute nécessité, dans les formes sévères et malignes de la fièvre typhoïde, d'instituer systématiquement et dans toute sa rigueur, la méthode de Brand.

---

ture, à la bonté, à l'humanité, à la philanthropie.

Ne vous laissez pas tromper par de vaines apparences. Plusieurs chercheront à vous persuader que vous êtes vraiment libres, parce qu'ils auront écrit sur une feuille de papier le mot de liberté et l'auront affiché à tous les carrefours.

La liberté n'est pas un placard qu'on lit au coin de la rue. Elle est une puissance vivante qu'on sent en soi et autour de soi. L'oppresseur qui se couvre de son nom est le pire des oppresseurs. Il joint le mensonge à la tyrannie et l'injustice à la profanation. Gardez-vous de ceux qui disent « liberté, liberté » et qui la détruisent par leurs œuvres.

La liberté luira sur vous quand, à force de courage et de persévérance, vous vous serez affranchis de toutes les servitudes. — Nul n'est assez puissant pour vous faire passer la tête dans le collier et vous atteler au joug, malgré vous !

Il n'est rien que ne puissent ceux qui sont unis pour le bien, ou contre le mal. Le jour où l'entente règnera sera celui de votre délivrance. Lorsque les enfants d'Israël étaient opprimés dans la terre d'Egypte, si chacun d'eux avait voulu sortir seul, pas un n'aurait échappé ; ils sortirent tous ensemble et nul ne les arrêta. Vous êtes aussi dans la terre d'Egypte, courbés sous le sceptre de Pharaon et sous le fouet de ses exacteurs. Levez-vous et sortez ensemble !

Combattez pour briser les chaînes professionnelles, pour relever les fronts courbés et soutenir les genoux qui fléchissent, pour chasser la faim des demeures confraternelles, pour y ramener l'abondance, la sécurité et la joie !

. . . .

. . . .

Je m'en tiendrai à ces citations, que j'ai à peine modifiées, pour leur laisser leur saveur et le lyrisme que Lamennais avait su y mettre. Un grand souffle, un de ceux qui transforment et fécondent en fut l'inspirateur. Ce pamphlet populaire produisit autrefois l'effet d'un coup de foudre, d'un bonnet rouge planté sur une croix. Pour Guizot et les gouvernants de l'époque, ces pages brûlantes correspondaient à une sorte « d'apocalypse de Satan, à du Babœuf débité par Ezéchiel. »

Des poursuites et l'emprisonnement furent, comme on sait, la récompense de la prédication passionnée de ce démocrate militant, qui aspirait à faire fusionner l'idée chrétienne et l'idée révolutionnaire.

La plupart des médecins ont peu de goût pour l'éloquence sacrée, mais je leur souhaite de ne jamais entendre d'homélie de moindre qualité. Qu'ils ne s'attachent pas à l'allure hiératique de cette philosophie progressive, qu'ils se contentent de faire leur profit des nobles pensées qui précèdent. Nous ne saurions leur demander de partager l'enthousiasme de la génération de 1830. Nombre d'espérances du novateur ont d'ailleurs été réalisées et j'aime à croire que ses enseignements contribueront encore à l'affranchissement du peuple et de notre petit monde médical.

Dr Grellety (de Vichy).

GYNÉCOLOGIE

Métrite cervicale

L'endocervicite puerpérale aiguë est pour ainsi dire toujours liée à une endométrite du corps utérin de même nature ; cette endométrite totale est justiciable du curettage immédiat et c'est compromettre la vie de la malade que de s'arrêter aux petits moyens.

L'orage lymphangitique une fois passé, il faut prolonger suffisamment les pansements, pour prévenir le passage à l'état chronique, surtout du côté du col, ce qu'on oublie trop souvent.

L'endocervicite blennorragique aiguë, abandonnée à elle-même, n'a pas tendance à franchir le défilé isthmique, surtout chez la nullipare et ne demande au contraire qu'une légère invitation pour engendrer l'orchite féminine par l'intermédiaire du peloton lymphatique péricervical ; en principe, il vaut donc mieux en faire un *noli me tangere* que d'exposer la malade à un cathétérisme intempestif ou au curettage utérin dont on ne peut user d'une façon plus fâcheuse. Après un certain amendement de l'état aigu, j'admets les badigeonnages intracervicaux pratiqués d'une main légère, mais j'ai pensé à obtenir mieux en faisant bénéficier le conduit cervical des grandes irrigations antiseptiques qui ont marqué un si réel progrès dans le traitement de la blennorragie masculine.

J'ai imaginé, à cet effet, une érigne qui se fixe sur le col et porte à la fois une petite canule intracervicale et une canule plus grosse pour le cul-de-sac vaginal postérieur. A chacune de ces canules se fixe un tube en caoutchouc qui se relie par l'intermédiaire d'une petite ceinture hypogastrique au tube d'un injecteur. La malade, maintenue au lit, n'a qu'une manœuvre de robinet à faire, pour se donner à la fois une injection vaginale et intracervicale.

Les difficultés du traitement de l'endocervicite chronique dépendent surtout : de l'état anatomique du col : déviation, allongement, étroitesse du conduit cervical ou encore lacération, ectropion ; — de la multiplicité et des sinuosités des glandes, du siège intra-musculaire de leurs cul-de-sacs ; — de la densité plus ou moins prononcée de la glaire ; — des chances continuées ou renouvelées d'auto-inoculation ou de contamination exogène ; de l'état général. Ceci veut dire que, quelle que soit la méthode employée, il faut toujours, redresser, s'il y a lieu et dilater suffisamment le col ; — rentrer la muqueuse ectropionnée et mieux, la supprimer ; — ne pas se borner aux moyens d'action trop superficielle tels que le curettage ordinaire, par exemple ; tenir un certain compte de l'aspect microscopique de l'exsudat, ne jamais manquer de guérir au préalable la vaginite ; — se rendre compte, au besoin, si l'urine du mari ne renferme pas de filaments révélateurs ; — enfin ne point faire fi des observations de nos devanciers sur l'influence de l'état constitutionnel des malades.

Ceci posé, deux grandes méthodes sont en présence, l'une destructive, l'autre conservatrice. La première utilise l'instrument tranchant ou les caustiques. Je rejette l'emploi des caustiques chez les femmes en période d'activité sexuelle, car chez elles, quoiqu'on fasse, ils engendrent, à échéance plus ou moins longue, la dysménorrhée. Après la ménopause, j'ai recours assez volontiers à la solution de chlorure de zinc, et, quand il y a métrite totale, je l'applique non pas avec les tiges porte-ouate ordinaires qui s'essuient dans le col et y épuisent en grande partie leur action, mais avec l'instrument suivant : c'est une canule fermée du bout, munie extérieurement d'un pas de vis et percée, suivant la longueur, d'un certain nombre de petits trous. On adapte la canule à une seringue remplie de solution de chlorure de zinc et, après l'avoir garnie de ouate, on l'introduit à sec jusqu'au fond de l'utérus ; c'est à ce moment seulement qu'on imbibe la ouate en faisant jouer doucement le piston de la seringue ; on s'arrête dès qu'une goutte de liquide se montre à l'orifice externe. On profite ainsi de tous les avantages de l'instillation et du badigeonnage, sans en avoir les inconvénients.

Si la malade a encore ses règles, il faut user de préférence, pour la cure destructive, de l'instrument tranchant. S'agit-il d'endocervicite pure, le but à atteindre, quel que soit l'instrument adopté, c'est d'évider le col, jusques et y compris, la couche glandulo-musculaire. Les uns, à l'exemple de M. Bacilly, prendront le bistouri, d'autres la herse de Doléris qui à elle seule ne suffit pas, d'autres enfin des curettes très tranchantes de forme spéciale. Je me sers pour ma part d'une curette à boule, à dos très épais et excavée sur sa face externe à la façon de l'instrument qui sert à tailler la corne des chevaux. Bien aiguisée, cette curette agissant dans l'intérieur d'un col dont le tissu a été suffisamment ramolli par la dilatation, enlève de véritables copaux musculo-muqueux et permet, à mon sens, le toucher intra-cervical aidant, de mieux graduer l'évidement qu'avec le bistouri. L'opération pour réussir, doit être suivie de pansements intracervicaux suffisamment prolongés.

S'il y a ectropion, il faut toujours recourir à l'opération de Schrœder. Elle n'est suivie de dysménorrhée que si elle est mal faite.

Reste la méthode conservatrice qui se borne à l'emploi des topiques non caustiques. J'attirerai spécialement l'attention sur l'emploi local de la levure de bière, déjà préconisée par Landau et qui m'a donné, comme à ce maître, des résultats remarquables.

Comment agit la levure ? Les saccharomycètes ne jouissant pas de la fonction phagocytaire et leur ferment demeurant intracellulaire il faut chercher ailleurs leur mode d'action. — Je ferai simplement observer, pour le moment : 1° que les levures émettent une quantité énorme d'acide carbonique, créant ainsi dans les voies génitales une atmosphère irrespirable pour les microbes aérobies ; 2° que, se trouvant dans un milieu alcalin, elles commencent par le transformer en milieu acide, c'est-à-dire défavorable à la culture des microbes pathogènes, jouant ainsi le même rôle que le saprophyte vaginal signalé par Doederlein.

Dr Paul Petit.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

Ankylose ascendante, à marche chronique de la colonne vertébrale.

Cette curieuse observation est rapportée par le Dr *Flesch* (*Wien. Méd. Wochens.*, mars 1900). Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, sans antécédents héréditaires, qui fut pris, il y a trois ans, sans cause apparente, et sans manifestation fébrile, de douleurs lancinantes dans les membres inférieurs et dans la région sacrée ; en même temps il éprouva une grande faiblesse dans les jambes, ainsi que de grandes difficultés pour se tenir debout. Quelques bains de vapeur améliorèrent son état, dont il ne persistait qu'une certaine sensation de faiblesse. Mais bientôt tous ces phénomènes morbides reparurent d'une façon persistante. Durant les premiers temps il ne ressentit qu'une certaine raideur dans les régions lombaire et sacrée ; mais depuis environ six mois, le mal a gagné le dos et la nuque. Pendant ces trois années, le patient n'a jamais gardé le lit, et ses fonctions végétatives se sont très bien accomplies ; il n'a pas eu de fièvre.

Actuellement, sa tête et son cou sont légèrement penchés en avant ; la courbure physiologique de sa colonne dorso-lombaire est un peu redressée. Les secousses, spontanées ou provoquées, imprimées à la colonne vertébrale, ne réveillent aucune douleur. Les muscles des gouttières vertébrales sont contracturés, et l'on ne peut essayer de vaincre cet état pathologique sans réveiller des souffrances. Les articulations intervertébrales sont à demi-ankylosées.

Les autres organes sont absolument sains. Les pupilles réagissent très bien à la lumière et à l'accommodation. Pas de nystagmus.

Les extrémités inférieures sont constamment le siège de douleurs lancinantes, surtout à gauche. Un peu d'hyperesthésie à gauche. Les réflexes sont très variables, tantôt normaux, tantôt diminués ou exagérés. Pas de signe de Romberg.

En somme, il existe une raideur croissante de la colonne vertébrale, à marche chronique, avec des changements de courbure dus en partie aux muscles, en partie aux articulations ; il y a des phénomènes d'excitation motrice et sensitive dans les membres inférieurs. Les mouvements de la tête sont conservés, malgré la semi-ankylose des vertèbres cervicales inférieures.

En présence de ces symptômes on peut songer : 1°) à une maladie articulaire primitive de l'axe spinal; 2° à des lésions spinales proprement dites ; 3° à une affection des méninges rachidiennes.

Le malade ne présente pas de diathèse goutteuse ou rhumatismale susceptible d'expliquer suffisamment la semi-ankylose articulaire. Quant aux phénomènes d'excitation motrice et sensitive dans les membres inférieurs, ils pourraient évidemment justifier une lésion médullaire, mais une lésion non pas centrale, plutôt corticale et consécutive à une inflammation méningée. Une affection de la dure-mère amènerait des phénomènes d'excitation plus intenses du côté des racines rachidiennes, en même temps qu'une sensibilité plus grande de la colonne vertébrale.

L'auteur croit pouvoir se rattacher, par exclusion, à une lésion de la pie-mère. D'ailleurs Hochhaus, de Kiel, a rapporté 2 cas analogues, avec autopsie. Les symptômes consistaient en adynamie des extrémités, raideur de la colonne vertébrale et phénomènes d'excitation motrice et sensitive. La vérification démontra des épaississements inflammatoires de la pie-mère, avec participation des vaisseaux méningés et de la zone médullaire corticale.

Dans le cas présent, la musculature lombaire ne présente aucune lésion, aucune parésie, à laquelle puisse être attribuée la difformité. Flesch pense que la musculature de soutien immobilise simplement les parties malades dans la position la moins douloureuse, dans une position qu'on pourrait appeler moyenne, avec Albert et Bonnet.

Les lésions médullaires concomitantes pourraient s'expliquer par une endartérite des vaisseaux.

Quant à l'étiologie de ce cas, elle est obscure ; on ne relève dans les antécédents ni traumatisme, ni affection diathésique. Seule la gonorrhée antérieure pourrait être incriminée.

Pour ce qui est de la thérapeutique de cette affection, la sensation de raideur et de faiblesse a été beaucoup diminuée par la révulsion ignée, sous forme de pointes ou de raies de feu appliquée pendant 8 à 10 jours. Flesch a revu son malade six semaines après ce traitement ; il ne souffrait plus dans les jambes ; ses mouvements n'étaient plus douloureux et la déformation de la colonne vertébrale n'était plus aussi sensible; la cessation des douleurs et l'amélioration des lésions auraient permis aux muscles de soutien, de redresser la colonne vertébrale dans sa situation normale.

Ces résultats montrent aussi la nécessité d'une thérapeutique hâtive.

Etiologie des paralysies obstétricales du membre supérieur.

Ces paralysies sont du type Duchenne-Erb ; *Schömaker* les a étudiées cliniquement et expérimentalement (*Zeitsch. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie*, 1899.)

La cause la plus fréquente en serait un tiraillement et une élongation des racines du plexus brachial, par suite de tractions faites sur le cou avec inclinaison latérale de la tête. Cette inclinaison latérale de la tête sur l'épaule serait plus dangereuse que les tractions sur la tête ; la tension des racines nerveuses se ferait déjà sentir quand l'axe de la tête fait avec celui du corps un angle de 30°. Les tiraillements se font sentir le plus fortement sur les racines les plus élevées du plexus, et l'élongation porte surtout sur les Ve et VIe paires cervicales.

D'autres causes peuvent encore expliquer ces paralysies obstétricales.

1° Les Ve et VIe paires cervicales se trouvent comprimées entre la clavicule et l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale, quand la clavicule est repoussée en haut et en dedans, par exemple, lorsque le bras se relève en arrière de la tête dans l'extraction du siège.

2° Le plexus brachial peut être tiraillé dans une application de forceps sur la tête première, quand les tractions sur la tête sont faites en dehors de l'axe du corps.

3° Il est souvent comprimé au niveau du point

d'Erb, par les doigts placés en crochets sur la clavicule dans la manœuvre de Mauriceau.

Pour éviter le plus possible, ces paralysies obstétricales du membre supérieur, voici les règles qu'il est bon de suivre :

1° Dans les accouchements spontanés par le sommet, ne pas tirer trop tôt, ni trop fort sur la tête; éviter surtout d'incliner la tête fortement sur l'épaule, en tirant; mieux vaut s'aider de l'expression utérine pour la sortie du tronc.

2° Dans les applications de forceps, toujours tirer sur la tête dans l'axe du corps fœtal; éviter autant que possible les grands mouvements pendulaires.

3° En cas d'extraction par le siège ne pas tirer trop fort sur les épaules ; faire de l'expression utérine, ou si la tête ne se dégage pas, faire une application de forceps sur la tête dernière, lorsque les bras sont relevés, les abaisser rapidement.

Sur la présence du pneumocoque sur la conjonctive normale.

D'après Gasparini, le pneumocoque se rencontrerait dans 80 pour 100 des cas sur la conjonctive saine, et serait l'hôte le plus constant de cette muqueuse.

Oertzen (*Klinische Monatsbl. f. Augenheilk.*, 1899), a cherché à vérifier ces résultats en se conformant strictement à la technique de Gasparini. Il a examiné 85 malades, la culture a été faite dans tous ces cas; 36 fois on a procédé à des expériences sur les animaux.

Dans les 80 cultures on a trouvé 77 fois du staphylocoque blanc (96,25 %) ; 46 fois le bacille du xérosis = 57,5 % ; 4 fois il a trouvé d'autres bacilles, et 2 *fois* seulement des pneumocoques. Il est à remarquer que ceux-ci n'ont été isolés que dans les cultures obtenues en ensemençant directement la sécrétion conjonctivale. Jamais il n'a obtenu de pneumocoque par l'inoculation directe ou indirecte à l'animal, indiquée par Gasparini ; 2 fois sur 49 cas ensemencés directement sur gélose. Oertzen a donc trouvé le pneumocoque dans 4 p. 100 des cas, encore faut-il noter que le nombre des colonies était très faible. Une souris a été inoculée avec une culture en bouillon d'un des pneumocoques isolés. Le résultat a été négatif, il s'agit donc d'un pneumocoque non virulent.

Bref, comme enseignement de ces recherches, retenons qu'il faut toujours nous servir de solutions antiseptiques pour la toilette de l'œil, puisque la conjonctive normale abrite tant de microbes pathogènes. D'après Oertzen l'oxycyanure de mercure à 3 pour 1000 est peu irritant et suffisamment actif.

Deux cas de transmission du cancer par la piqûre d'insectes.

Ce fait curieux est relaté par M. *Adamkiewicz* (*Klin. Ker. Woch.*, mars 1900), il se développa un cancroïde à la suite d'une piqûre d'insecte. Dans un cas, il s'agit d'un homme de 50 ans, qui fut piqué au front ; consécutivement, il vit évoluer un cancroïde, qui détruisit une partie de la face. L'auteur cite encore une femme de 70 ans, piquée au nez. Au bout de trois mois, se produisit une nodosité, qui devint le point de départ d'un cancer. Adamkiewicz pense dans ces cas à l'inoculation de coccidies par les insectes. Cette origine du cancer paraîtrait d'autant plus vraisemblable que les insectes sont déjà accusés dans certaines circonstances de propager la peste et la malaria.

Diphtérie primitive de la vulve.

M. *Leick* publie une observation de ce genre, chez une jeune fille. L'affection se présente sous l'aspect d'une vulvite aiguë avec tuméfaction, rougeur, fausses membranes d'un gris-jaunâtre. points ulcérés et nécrosés, en même temps fièvre vive et symptômes généraux. Les cultures faites dans du sérum sanguin donnèrent le bacille de Loeffler. La gorge et le nez ne présentaient aucune trace de bacille diphtéritique. Les symptômes disparurent progressivement après deux injections de sérum antidiphtéritique. Il existait de l'albuminurie. L'origine de cette diphtérie à localisation insolite reste obscure, la malade n'ayant eu aucun rapport avec des diphtéritiques. Des localisations de ce genre sont très dangereuses pour le voisinage, lorsque l'examen bactériologique n'est pas utilisé pour en déceler la nature (*Deutsche Med. W.*, mars 1900).

Dr Georges.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Hommage à MM. Cézilly et Gassot.

Nos confrères ayant souhaité que partie du produit de la souscription fût consacrée à une œuvre de bienfaisance médicale, la souscription reste ouverte jusqu'à notre assemblée générale de novembre. Chaque fin de mois, nous publierons la liste des nouveaux souscripteurs. On tiendra à honneur d'y figurer.

Dr Maurat, Dr Jeanne.

Les actes du congrès de déontologie

LES ŒUVRES D'ASSISTANCE ET DE PRÉVOYANCE MÉDICALES.

C'est dans l'Assemblée générale du 24 août que le Congrès fut appelé à discuter le rapport de M. le Dr Lande sur cette importante question.

Mais, de discussion, il n'y en eut pas. Quand l'auteur, en un discours très écouté, eut éloquemment commenté son travail, développé et appuyé ses conclusions, il ne lui fut répondu que par d'unanimes applaudissements.

Nos lecteurs trouveront ci-dessous une analyse de ce rapport que nous eussions voulu pouvoir publier in extenso, car ce document est de ceux qui devraient prendre place au premier rayon de la bibliothèque du praticien.

« L'étudiant en médecine mis en droit d'exercer la profession médicale par l'obtention du diplôme de docteur, représente, au seuil même de la carrière, un capital considérable. Je prends ici le mot capital dans son sens le plus étendu.

« Ce capital est constitué : 1° par la somme des débours que représente la vie matérielle d'un homme arrivé déjà au delà de la moitié de la vie moyenne ; 2° par les dépenses spéciales que nécessitent des études longues et onéreuses ; 3° par sa valeur intrinsèque résultant de ses capacités intellectuelles

et scientifiques ou, en d'autres termes, la valeur propre de son travail accumulé.

« Il y a donc un double élément, l'un pécuniaire, l'autre intellectuel, dont la valeur totale correspond à un chiffre supérieur à celui que représente un homme à ses débuts dans toute autre profession.

« Par l'exercice de sa profession, le jeune médecin doit normalement et équitablement toucher les intérêts du capital qu'il représente, et pendant la durée de sa vie professionelle amortir ce capital. Sinon, il y a perte pour la société, et il y a perte pour le médecin lui-même.

« S'il est seul, lui disparaissant, la perte est purement sociale. Mais il peut avoir encore des parents qui, après s'être imposé de longs et pénibles sacrifices, avaient le droit de compter sur la juste rémunération de son travail pour garantir leur vieillesse contre toutes les nécessités de la vie et pour trouver ainsi une compensation aux privations et aux soucis, dont ils ont généralement payé l'éducation de leur fils et son entrée dans une carrière dite libérale. De plus, c'est presqu'une nécessité professionnelle que le jeune médecin ne demeure pas seul : pour voir ouvrir devant lui bien des portes, il faut qu'il présente certaines garanties de stabilité et de moralité qui sont considérées comme intimement liées à l'état de mariage.

« Le médecin marié, bientôt père de famille, voit ses charges matérielles augmenter. Tant qu'il est valide, il peut faire face aux nouveaux besoins qu'il a pris la responsabilité de satisfaire ; mais, ici encore, lui disparaissant, il subsiste des nécessités auxquelles rien ne pourra parer, le capital social étant anéanli par la mort du chef de famille.

« Dans une autre profession, quand un homme se lance dans la vie avec un capital de même importance, il prend ses précautions pour garantir ce capital contre tous les risques qui peuvent, malgré ses précautions individuelles, malgré son travail de chaque jour, le compromettre et le détruire. L'usinier assure ses bâtiments, ses machines, ses approvisionnements, ses ouvriers envers lesquels il encourt certaines responsabilités ; le négociant assure de même ses marchandises ; l'armateur ses navires ; le propriétaire sa maison, ses bestiaux et ses récoltes.

« Comment se fait-il que le médecin qui, à lui seul, représente, tant par les débours accumulés que par sa valeur intellectuelle et scientifique. un gros capital, ne songe que peu ou pas à garantir ce capital contre les aléas de la vie ? Cette incurie que nous sommes obligés d'avouer déjà peu compréhensible si le médecin est seul, devient impardonnable et il la jugerait telle lui-même chez les autres, quand on réfléchit qu'à la mise en valeur permanente, qu'à l'exploitation continue, qu'à la récupération de ce capital fatalement destiné à disparaître, sont liés l'existence et le bonheur de sa famille tout entière.

« Il semble que parce que ce capital est virtuel, il échappe à toutes les mauvaises chances de la vie, on ne comprend pas qu'il est représenté par la personne même du médecin et que ses seules garanties sont la santé et la vie de ce dernier.

« Toute atteinte à la santé, tout chômage pour quelque cause que ce soit, aboutit à une perte plus ou moins considérable dans la perception du revenu du capital que représente le médecin, et la mort de celui-ci entraîne la disparition immédiate, à peu près complète, du capital lui-même, dans son intégralité.

« Il semblerait donc naturel que, dès les premiers jours de sa carrière, le jeune médecin se prémunit contre toutes les causes qui peuvent porter atteinte à la fortune qu'il représente et qu'il doit faire fructifier par son activité, de façon, on ne saurait trop le répéter, à obtenir ce résultat si légitime de toucher les intérêts de cette fortune, et, d'autre part, de la reconstituer progressivement, de l'amortir, suivant le terme consacré, pendant la période de son activité professionnelle.

« Et cependant, même dans les nations où les idées de prévoyance sont le plus répandues, c'est à peine si, depuis quelques années seulement, il s'est produit dans le Corps médical un mouvement en faveur des œuvres d'assurances. Ajoutons, chose triste à dire, alors que les citoyens s'adonnant à une profession manuelle comprennent la nécessité de ces œuvres, s'imposent des sacrifices relativement considérables pour s'en assurer les bénéfices, les professions libérales en général, et la profession médicale en particulier, paraissent, presque partout, absolument réfractaires à ces idées, qui cependant, par leur adoption générale, constitueraient une véritable sécurité..

« Examinons maintenant les causes multiples qui peuvent empêcher le médecin de continuer utilement l'exercice de sa profession.

« Ces causes peuvent avoir une influence passagère ou définitive. Dans la première catégorie se trouve la maladie, ce mot étant pris dans son sens le plus étendu, et comprenant les maladies spontanées, les maladies acquises (contagion, épidémie, etc.) et les accidents de tout ordre, professionnels ou non.

« Dans la deuxième catégorie sont les maladies chroniques ou infirmités constituant une incapacité permanente, la sénilité, qui n'est qu'une forme atténuée de la maladie chronique, et enfin la mort.

« Ces causes d'arrêt dans l'exercice de la profession peuvent se ranger sous trois titres : maladie aiguë, maladie chronique ou infirmité comprenant la sénilité et enfin la mort.

« Donc, il importe que le médecin prévoie ces trois causes d'interruption dans l'exercice de sa profession et, les ayant prévues, qu'il se prémunisse contre leurs conséquences, en d'autres termes, qu'il s'assure contre chacun de ces trois risques. A défaut de cette sage précaution, dans les trois cas c'est la misère, tantôt définitive, tantôt temporaire, mais cette dernière pouvant avoir des conséquences extrêmement prolongées par suite de la perte ou de l'aliénation, pendant la durée même de l'incapacité de travail, des instruments et des moyens absolument indispensables pour reprendre l'exercice de la profession.

« Si l'on ne considère pas seulement le médecin isolé, c'est-à-dire célibataire et sans ascendants, mais le médecin ayant à sa charge ascendants, parents, femme et enfants, la misère n'est pas seulement pour lui ; elle est encore pour tous ceux dont l'existence n'est garantie que par les bénéfices légitimes de son travail.

« Les deux premiers risques sont incertains, et bien que chacun doive payer tôt ou tard son tribut à la maladie, quelques-uns échappent à l'infirmité et à la sénilité, mais la mort demeure inéluctable, et c'est elle en somme qui, survenant plus ou moins hâtivement, supprime les deux autres causes d'incapacité professionnelle définitive, la maladie chronique et la vieillesse.

« En prévoyant la maladie aiguë ou chronique, le médecin ne se défend pas seulement lui-même contre ces mauvaises chances de l'existence, il met du même coup à l'abri tous ceux qui, à juste titre, vivent sur son travail. En prévoyant sa mort qui, par suite des difficultés mêmes de l'exercice de la profession médicale, des fatigues considérables qu'elle impose, des dangers de toute sorte auxquels elle l'expose chaque jour, en prévoyant sa mort, dis-je, le médecin fait œuvre, non pas de souci personnel plus ou moins égoïste, mais bien œuvre de sollicitude altruiste pour ceux auquels l'attachent les liens de famille ou d'affection.

« Le jeune praticien, au début même de sa carrière, serait donc prudent et avisé de se garantir contre ces trois risques, comme il trouve tout naturel de le faire, en ayant l'exemple sous les yeux de tous temps et dans toutes les classes de la société, contre d'autres risques, tels que l'incendie. Mais cette sage prévoyance, si commune en tout ce qui touche aux biens matériels proprement dits, n'est

pas suffisamment entrée dans les mœurs, et tel qui songe à l'incendie qui peut dévorer sa modeste maison, ne pense pas à son existence même, beaucoup plus précieuse, même au point de vue strictement pécuniaire..

« En France, le mouvement d'association qui a groupé les médecins en des œuvres de solidarité professionnelle date du grand Congrès de 1845.

« Peu d'années après, sur l'initiative de quelques médecins de la Gironde, a été créée l'Association générale des médecins de France. Cette Société est constituée par le groupement, par la fédération de 94 sociétés locales, la plupart départementales, quelques-unes seulement n'intéressant qu'un arrondissement.

« Le but de cette Association a été de venir en aide aux médecins que l'âge, la maladie, l'infirmité ou des malheurs immérités mettraient dans le besoin, et aussi d'accorder des secours aux veuves et aux orphelins.

« Chaque Société locale s'administre et gère ses fonds au mieux des intérêts des adhérents. En outre, elle verse quelques redevances statutaires, et les plus riches y ajoutent une cotisation volontaire, plus ou moins considérable, pour alimenter une caisse centrale chargée du service des pensions dites pensions viagères d'assistance.

« Ces pensions, dont le chiffre avait été tout d'abord fixé à 300 francs, se sont élevées successivement à 600 francs, puis à 800 francs, et le désir du Conseil général qui gère la fédération est d'atteindre prochainement le chiffre de 1200 francs. Malheureusement, l'infime cotisation de 12 francs imposée aux membres de l'Association n'a pas permis jusqu'ici de donner à cette œuvre qui compte plus de 8.500 membres tout le développement que comporte lexpansion généreuse qui l'a fait éclore.

« Indépendamment des pensions de retraite dont le service incombe à la Caisse centrale, les Sociétés locales accordent des secours aux confrères malheureux, aux veuves et aux orphelins ; mais ces secours ont un caractère absolument précaire, et c'est seulement en cas d'infirmité bien constatée, alors que l'adhérent n'a pas encore atteint l'âge de la retraite légale ou ne remplit pas les conditions d'ancienneté dans l'Association nécessaires pour obtenir cette retraite, que la Société locale peut accorder à l'un de ses membres, sous la forme de secours renouvelables, une subvention dont le chiffre ne peut être très élevé, en raison de la modique fortune de la plupart de ces Sociétés locales. Quelques-unes seulement sont assez puissantes pour pouvoir en outre donner de modiques pensions à quelques veuves laissées dans le dénuement par le décès de leur mari ou prendre la tutelle de quelques orphelins.

« En dehors du secours charitable et de la modique pension de retraite accessible aux seuls confrères à la fois impotents et malheureux, d'autres œuvres de prévoyance et de solidarité professionnelles étaient depuis si longtemps dans l'esprit de tous, que, il y a une vingtaine d'années, une société civile, fondée sous le nom de « *Concours médical* » grâce à l'initiative du docteur Cezilly et de quelques confrères, a fondé successivement les œuvres professionnelles suivantes :

« Une Caisse de pension de retraite dite « Caisse des pensions de retraite du corps médical français », établie sur le modèle de la Caisse belge, mais en profitant de l'expérience et des indications de nos confrères.

« Cette Caisse aujourd'hui en pleine prospérité, possède près de 800.000 francs de fortune, elle sert déjà un certain nombre de pensions dont le chiffre type est de 1.200 francs par an à partir de 60 ans, moyennant une cotisation variable avec l'âge d'entrée.

« Un peu plus tard, le docteur Laguoguey fondait une Caisse indemnité-maladie, mais pour les seuls médecins du département de la Seine. Cette caisse garantit à ses adhérents une indemnité de 10 francs par jour pendant 3 mois et une indemnité de 5 francs par jour pendant 6 mois.

« Le *Concours* a créé, en outre, sous le nom d'Association amicale des médecins français », une caisse indemnité-maladie qui, moyennant une cotisation annuelle, variable avec l'âge et aussi avec les conditions de cotisation, jusques et au delà de 65 ans, assure une indemnité de 10 francs par jour pendant 2 mois et, après 2 mois, une indemnité de 100 francs par mois pendant toute la durée de la maladie, quelque longue que soit cette dernière.

« Toutes les tentatives faites en France pour organiser une entente en vue d'une assurance sur la vie n'ont pas pu aboutir. Le *Concours* a encore réussi à grouper les médecins désireux de s'assurer sur la vie et a obtenu d'une Compagnie d'assurances un léger rabais sur le tarif ordinaire pour les confrères présentés par son intermédiaire.

« Signalons enfin l'œuvre dite du Sou médical, qui moyennant un versement de 18 francs par an, garantit aux adhérents de la Société un remboursement de tous les frais de procédure dans le cas de litiges afférents à l'exercice même de la profession et pouvant intéresser l'ensemble du Corps médical.

« En réalité, le versement de cette somme de 18 francs par an constitue une sorte d'assurance contre les risques judiciaires de l'exercice de la médecine (1).

« En terminant, nous ne devons pas oublier de signaler que, sous l'empire de la loi récente de 1898, il semble que les Associations professionnelles de mutualité puissent prendre en France une expansion nouvelle et jouir d'une plus grande liberté d'action.

« L'Association générale des médecins de France est disposée à profiter des facilités de cette loi; mais jusqu'à ce jour, en l'absence d'une réglementation qui n'est pas encore publiée, elle doit se contenter de faire des projets. Au nombre de ceux qui sont appelés à réussir, sont une Caisse indemnité-maladie et une Caisse de retraites. Il me paraît désirable que l'Association générale des médecins de France établisse à ce sujet une entente avec les Caisses similaires déjà existantes.

« Je signalerai encore la Caisse de retraites fondée par le Dr Gélineau (Société des Eaux Minérales françaises), alimentée par les bénéfices réalisés sur la vente d'eaux minérales et de produits pharmaceutiques appartenant à la Société. Les résultats acquis ont été aussi rapides que brillants et le taux des retraites s'élève chaque année.

« Après avoir jeté un coup d'œil d'ensemble sur les renseignements que nous avons pu recueillir, on voit que, dans la plupart des pays, les membres du Corps médical, soutenant une lutte fort rude contre les difficultés de la vie, ont cherché à se rapprocher et à s'entendre. Mais la plupart de leurs œuvres, inspirées surtout par un sentiment de commisération à l'égard des confrères tombés dans l'indigence, par suite de maladie, d'infirmité ou de vieillesse, ne constituent qu'une entente charitable.

« Quelque noble que soit le mobile, quelque magnifique que soit le résultat, l'œuvre accomplie ne nous paraît pas suffisante ; c'est dans les idées d'association, de prévoyance et de mutualité que nous devons chercher les éléments d'un nouveau groupement.

« La longue énumération des œuvres que nous avons citées témoigne, comme nous l'avons indiqué au commencement de ce travail, qu'une association professionnelle répondant à tous les desiderata d'une prévoyance complète devrait réaliser les œuvres suivantes :

Charité ;
Assurance en cas de maladie ;
Assurance en cas d'infirmité permanente ;

(1) Ce n'est là qu'un des objets du Sou médical qui a pour but de soutenir le médecin dans tous les cas où son isolement le met en état d'infériorité dans la lutte pour la vie.

Assurance en cas de survie prolongée (pensions de retraite, rentes différées) ;
Assurance en cas de mort (Assurance sur la vie).

« Si chacun prévoyait les risques qui peuvent l'empêcher de continuer l'exercice de sa profession, on pourrait supprimer la part faite à la charité ou, tout au moins, la réduire dans de grandes proportions, puisqu'elle n'aurait plus à satisfaire qu'aux besoins des plus misérables et de quelques confrères assez dénués de bon sens pour ne pas réfléchir un seul instant aux mauvaises chances de la vie.

« En l'état actuel au contraire, nous l'avons vu, c'est la charité seule qui, dans l'immense majorité des cas, fait face aux divers besoins des sociétaires groupés dans nos associations professionnelles.

« Il serait à désirer que le Congrès de 1900 donnât, comme cela a eu lieu en France pour le Congrès de 1845, un nouvel essor aux Associations de prévoyance, et provoquât partout, sous un même titre et d'après une même méthode, la création d'Associations comprenant des œuvres d'assurances contre les risques qui peuvent réduire le praticien à l'inaction et à la misère.

« Ces œuvres existent déjà dans la plupart des pays, c'est vrai, mais leur éparpillement et leur nombre même constituent leur faiblesse.

« Dans toutes les affaires financières, le succès appartient aux gros capitaux et, loin de se laisser aller à une rivalité dangereuse, les médecins de chaque pays devraient se grouper en une seule et puissante Association, subdivisée en plusieurs fondations ayant chacune pour objet de prémunir le praticien contre un des risques professionnels.

« Déjà l'expérience a prouvé qu'on pouvait créer utilement des Caisses indemnité-maladie contre les risques de la maladie aiguë comme contre les risques de l'infirmité permanente, et l'expérience en est déjà assez longue pour qu'on puisse établir des tarifs avec certitude que, quoi qu'il advienne, l'avenir de la Caisse ne sera pas compromis.

« L'exemple donné par les nombreuses Compagnies d'assurances sur la vie qui, pour la plupart, ont une branche de pensions de retraite ou de rentes différées, l'expérience même des Caisses de retraite constituées uniquement entre les médecins (Belgique, France), prouvent que ces œuvres peuvent réussir pourvu qu'elles ne tombent pas dans l'erreur de la Caisse de retraites du Corps médical belge, qui, se laissant emporter par des sentiments trop généreux, a imprudemment étendu son action bienfaisante sur les veuves et sur les orphelins.

« La Caisse d'assurance contre la mort ou assurance sur la vie doit faire face aux besoins de la veuve et des orphelins du médecin. Le magnifique résultat obtenu en tous pays par les Compagnies d'assurances sur la vie doit être un encouragement aux médecins à ne pas négliger cette forme de prévoyance qui est la plus importante. On a pu penser en considérant les bénéfices considérables réalisés par les Compagnies d'assurances sur la vie, qu'il serait possible de créer une Caisse n'admettant que des médecins, mais les tables de mortalité calculées et publiées jusqu'à ce jour ne donnent pas d'indications assez précises pour qu'on puisse établir des tarifs spéciaux pour des hommes appartenant à une seule profession. Les heureux résultats obtenus par les Compagnies d'assurances sur la vie nécessitent un nombre d'adhérents plus grand que ne peut le fournir une seule corporation.

« Pour les médecins, il est préférable de suivre les exemples de la Société anglaise ou du « Concours médical » en faisant bénéficier les membres de la Société d'une réduction consentie par une Compagnie d'assurances déterminée.

« Jusqu'ici la réduction ainsi obtenue a été le plus souvent rétrocédée aux adhérents. S'il s'agissait non pas seulement de favoriser la prévoyance, mais encore de grouper tous ceux qui comprennent l'utilité des assurances sur la vie et de créer un lien de solidarité entre eux, il serait préférable de réunir dans une Caisse commune les sommes ainsi obtenues par les Compagnies en réduction de leurs primes ordinaires. Dans la réserve ainsi constituée, les assurés pourraient en cas de détresse momentanée emprunter les sommes nécessaires au paiement de leurs primes. (1) Les avances consenties dans ces conditions seraient toujours remboursées dès le versement des premières annuités de pension, elles permettraient aux associés de ne plus être exposés à perdre tout le bénéfice d'un contrat et à ne pas voir réduire dans des proportions importantes, par rapport aux versements effectués, les quotités de la retraite annuelle ou du capital assuré.

Conclusions

Les œuvres d'assistance ou de prévoyance médicale considérées dans les diverses nations sont encore incomplètes.

Ces œuvres doivent avoir pour but de prémunir les médecins contre les risques suivants :
Maladie aiguë ou chronique (infirmité),
Senilité,
Mort.

A chacun de ces risques doit correspondre une cotisation et par suite une caisse spéciale :

Caisse d'assurance contre la maladie aiguë ou chronique (infirmité),
Caisse d'assurance contre la vieillesse (retraites, rentes différées),
Caisse d'assurance contre la mort (Assurance sur la vie).

L'organisation de ces diverses caisses est rendue plus facile par l'adoption d'un âge déterminé comme terme moyen de la vie professionnelle du médecin (65 ans dans l'association anglaise).

La fixation de l'âge du repos normal permet de limiter la durée des versements des cotisations afférentes aux assurances contre la maladie et la mort au moment même où s'ouvre le droit à la retraite.

Le médecin arrivé à cet âge, devenu libre de toute charge, touchant la rente réservée pour ses vieux jours, pourrait ainsi jouir en paix d'un repos honorable avec la certitude de laisser encore après lui le capital garanti par l'assurance souscrite sur sa vie.

Enfin, un lien commun devrait réunir tous les participants de ces diverses œuvres : ce serait le versement d'une somme minime, de 10 francs par an par exemple, avec laquelle on constituerait une caisse de secours destinée à venir en aide aux imprudents, aux malheureux, aux veuves et aux orphelins de ceux auxquels la fortune n'aurait jamais souri.

Le médecin demeurerait ainsi pour les membres de la famille médicale ce qu'il a toujours été pour tous et en tous lieux, l'apôtre de la charité. »

VARIÉTÉS

Un livre sensationnel

On fait beaucoup de bruit, actuellement, autour d'un petit ouvrage du Dr Cazalis intitulé : « Science et Mariage ». Les propositions, quelque peu hardies, de l'auteur ont stimulé la verve de nos grands journaux politiques qui ne dédaignent pas, à l'occasion, de parler hygiène et médecine. Les uns approuvent, les autres critiquent, tous s'emparent et parlent volontiers d'un travail scientifique, s'il renferme une idée originale, voire paradoxale, et à coup sur le livre de M. Cazalis ne manque pas d'originalité.

L'auteur y étudie le mariage dans ses rap-

(1) C'est ce qui existe dans la Caisse de prévoyance des assurés sur la vie fondée par le Concours médical en 1880.

ports avec la syphilis, la blennorrhagie, l'hérédité tuberculeuse, nerveuse, mentale, etc. Il pense toucher du doigt les causes de la dégénerescence de la race humaine et, pour y remédier, il propose d'emblée la sélection dans le mariage, à peu près comme les éleveurs la pratiquent pour les races animales.

M. Cazalis remarque, tout d'abord, que la question argent a pris, dans le mariage, une importance prépondérante, devenant la cause ou laissant s'accomplir des unions malheureuses, d'où naissent des infirmes, frappés par l'hérédité, voués à la mort. De même les maladies graves de l'un des époux se transmettent à l'autre par contagion et on assiste alors, de cette façon, à la ruine de familles entières.

Peut-on réagir, peut-on lutter contre cet état de choses ? Hardiment, l'auteur répond oui et il demande alors la protection des lois, dans le sens suivant :

« Obligation pour tous de se soumettre, avant le mariage, à un examen médical. Obligation — morale tout au moins — de se conformer à la décision qui en résulte. »

« Protection de la femme et de la race contre les tares et les contagions graves, consciemment ou inconsciemment transmissibles. Pénalités frappant les coupables de ces transmissions. »

Il conviendrait, en attendant, de vulgariser et de faire connaître ces dangers au public en général, qui les ignore. Pour cela, rédiger une brochure en ce sens et la remettre au mari, en même temps que le livret de mariage. »

Telles sont les conclusions du travail du Dr Cazalis. Pour lui, elles sont appelées à prévenir bien des crimes, à éviter à des milliers d'enfants, de jeunes gens, de jeunes femmes, d'atroces et trop longues souffrances, d'horribles morts dont quelques-unes sont des façons d'assassinats !

Il y a quelque temps, cette même question sociale avait été étudiée par le Dr Julien, qui avait proposé comme remède de créer un *billet de santé*, analogue au *billet de confession*. Ce dernier, on le sait, est réclamé par l'Eglise avant le mariage religieux. Eh bien, le billet de santé pourrait être demandé avant le mariage civil. M. Julien est d'ailleurs moins exigeant : il se contente, lorsque le candidat est malade, de remettre entre ses mains la relation de son état, pour en faire tel usage qu'il voudrait.

Ainsi le médecin serait appelé à autoriser ou à refuser le mariage.

Que diraient les gens qui nous trouvent de plus en plus encombrants ?

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Syndicat médical de Lille.

Monsieur le Rédacteur *du Bulletin médical de Lille* et cher Confrère,

Le Syndicat médical de Lille et de la région a donné, à son bureau, mandat de faire signifier aux Compagnies d'Assurances-Accidents, qu'à partir du 1er septembre 1900, les membres de notre association feraient régler leurs honoraires d'après le tarif que vous avez publié dans le *Bulletin.*

Nous avons renouvelé individuellement cette mise en demeure aux Compagnies dont nous sommes les médecins. Et nous devons vous dire que nous n'avons accepté ce mandat que parce que nous étions, avant l'application de la loi de 1898, les médecins des usines, patrons, etc., auxquels se sont substituées lesdites Compagnies.

Nous avons été enrôlés par la force des choses ; aujourd'hui nous secouons le joug et nous espérons bien voir disparaître, sous peu, ce titre baroque de Médecin d'Assurances, le patron et l'ouvrier devant être libres de choisir leur médecin ; en même temps qu'on posera ce principe que le médecin qui a donné les premiers soins à un blessé, sera, vis-à-vis du patron comme de la Compagnie, le médecin jusqu'au bout.

Bref, si les Compagnies n'acceptent pas notre tarif, nous serons donc considérés comme démissionnaires ; mais nous ferons remarquer que cette démission n'est pas de celles *qui laissent la place libre*, et qu'elle est motivée par la résolution ferme de relever les tarifs que notre Association a trouvés insuffisamment rémunérateurs.

Et nous profitons de la publicité que donnera notre cher *Bulletin* à cette détermination, pour montrer à tous que nous marchons la main dans la main, persuadés que les Compagnies ne trouveront pas à Lille les transfuges qu'elles ont pu susciter dans d'autres régions, et à qui, soit dit en passant, nous déclarerions ouvertement et *illico* une guerre acharnée sans trêve ni merci.

Recevez, etc.

Un groupe de médecins syndiqués du nouveau Lille.

Comme suite à la lettre de nos confrères que nous avons été très heureux d'insérer, nous pouvons annoncer à nos lecteurs qu'un assez grand nombre de Compagnies d'assurances ont déjà répondu qu'elles acceptaient les conditions imposées par le Syndicat. Aucune n'a fait connaître, jusqu'à présent, qu'elle repoussait ces conditions. Quelques agents ont demandé le temps de réfléchir et d'en référer à leur administration, quelques-uns ont gardé un silence prudent, car il n'engage à rien. Cependant, nous pouvons affirmer à nos lecteurs que la solution sera favorable. Car déjà, un grand nombre de patrons, et non des moins posés de notre ville, ont déclaré que ce tarif, qui est en somme un tarif d'assistance comme le Conseil général l'a déclaré, n'a rien d'exagéré, et ils ont dit qu'ils entendaient garder leurs médecins et ne pas s'en laisser imposer de nouveaux par les Compagnies. Ils ont compris que si la Compagnie les couvre des risques matériels, elle les laisse complètement à découvert quand il s'agit des risques moraux. Ils ne veulent pas prendre la responsabilité de faire soigner leurs ouvriers par des médecins inconnus, alors que, depuis toujours, ils n'ont eu qu'à se louer de ceux qu'ils ont appelés.

Dans ces conditions, les Compagnies mal conseillées ne sauraient résister contre leur intérêt, car, alors, il resterait au patron le devoir de changer de Compagnie et en attendant de conseiller à ses ouvriers de choisir, comme c'est leur droit, leur médecin, et alors, ce médecin serait tout naturellement payé d'après le tarif voté par le conseil général, et il ne demande que cela.

Du jour où la loi fut mise en vigueur, certains assureurs, qui savaient que le tarif d'assistance chirurgicale n'existait pas dans le Nord et qui croyaient que assistance veut dire gratuité et exploitation, faisaient grande rumeur en déclarant que les médecins étaient à leur merci, car, du jour où ceux-ci exigeraient une rémunération raisonnable, on ferait intervenir le libre choix du médecin, et alors il faudrait bien se laisser taxer par le juge de paix.

Étrange revirement des choses d'ici-bas, voilà qu'aujourd'hui les médecins demandent avec insistance l'application de ce tarif d'assistance, et, ce sont ceux-là même qui le réclamaient si énergiquement il y a quelques mois, qui sont devenus subitement muets. Leur première stupeur passée, et ce sera l'affaire de quelques jours, ils reprendront leur bon sens et une plus juste notion des choses.

(*Bulletin du Syndicat médical de Lille.*)

REPORTAGE MÉDICAL

Société d'Hygiène de l'enfance. Concours de 1900. — La *Société d'Hygiène de l'Enfance* a choisi comme sujet de Concours la question suivante :

Du rachitisme.

Ses causes, ses effets immédiats et éloignés.

Les mémoires inédits et écrits en Français, Allemand, Anglais, Italien ou Espagnol porteront une épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur. Ces mémoires devenant la propriété de la Société ne pourront être réclamés par leurs auteurs.

Le Concours sera clos le 31 Décembre 1900. Adresser les mémoires, avant cette date, à M. le Docteur Chassaing, Président de la *Société d'Hygiène de l'Enfance*, 207, rue Saint-Antoine à Paris.

Avis. — La Compagnie fermière des Eaux de Vichy-Etat a l'honneur de prévenir MM. les Médecins qu'elle ne fait en ce moment aucune émission de titres, et qu'elle est absolument étrangère à toute proposition de ce genre qui pourrait être faite en des termes de nature à établir une confusion.

Elle leur rappelle, à cette occasion, que toutes les bouteilles puisées à Vichy aux Sources de l'Etat, portent sur le goulot un disque bleu avec les mots « *Vichy-Etat* » imprimés en blanc, comme garantie de leur authenticité.

On demande un médecin à Suez. — L'administration quarantenaire d'Egypte fait savoir qu'elle dispose d'une place de médecin adjoint auprès de l'office de Suez. Le traitement est fixé à 676 fr. par mois.

Le titulaire sera choisi de préférence parmi les médecins ayant fait des études spéciales pratiques de bactériologie et d'épidémiologie.

Les demandes des candidats devront être adressées à M. le président du conseil quarantenaire à Alexandrie *jusqu'au 6 octobre*. Elles devront être accompagnées :

1° D'une copie légalisée du diplôme de docteur en médecine ;

2° De certificats d'études pratiques de bactériologie ;

3° De pièces pouvant justifier de connaissances spéciales en épidémiologie ;

4° D'un certificat médical de bonne constitution ;

5° D'un engagement formel de se rendre en Egypte, en cas de nomination, dans le courant du mois qui suivra la notification officielle.

Les candidats sont prévenus que toute démission ne pourra être acceptée que si elle est adressée au président du conseil sanitaire trois mois à l'avance.

L'hôpital aux pauvres. — Les sages-femmes de Toulouse viennent d'adresser à la municipalité une pétition pour demander que l'on accepte plus dans les hôpitaux des pensionnaires payantes.

Il n'y a pas qu'à Toulouse que l'on voit les hôpitaux se transformer en maisons de santé au rabais. On ne saurait donc trop s'associer aux protestations qui sont faites contre cet abus.

La fièvre jaune au Sénégal. — Depuis plusieurs mois, Dakar, Gorée et Saint-Louis paient un lourd tribut à une épidémie de fièvre jaune, à peu près aussi grave que celle qui fit tant de victimes sur ce sol, il y a vingt ans, et coûta la vie à bon nombre de nos camarades du service de santé.

L'administration des colonies a cherché, un peu tard, à faire le vide devant le fléau, en rappelant en France la plus grande partie de son personnel. Mais déjà les pertes sont immenses.

C'est l'infatigable Dr Ballay qui vient de prendre dans ces tristes conditions le gouvernement de la colonie. Souhaitons que sa compétence, qui est à la hauteur de son courage, parvienne à éteindre au plus tôt le dangereux foyer.

Le taux des remplacements médicaux en Algérie. — Aux termes d'une circulaire du gouverneur général, les médecins de colonisation en congé doivent verser à leur intérimaire une indemnité journalière de 10 francs si c'est un docteur en médecine, de 7 francs si c'est un étudiant.

Les internes de Mustapha veulent actuellement — les demandes de remplacement étant très nombreuses — le voyage aller et retour payé, le logement et 20 francs par jour, s'ils ne touchent que l'indemnité journalière.

Si l'on désire abandonner tout ou partie de la clientèle, vente de médicaments, transports, etc., on peut offrir 10 francs comme indemnité journalière, et s'entendre à l'amiable pour le reste. Tout dépend de l'importance de la clientèle.

(*Revue méd. de l'Afrique du Nord.*)

Quel est le tarif à appliquer dans le département de la Seine pour les soins médicaux donnés dans le cas d'accident du travail ? — En ce qui concerne les frais de maladie pour accident du travail, le juge de paix est seul compétent et en dernier ressort. Si le malade a déjà choisi lui-même son médecin, ce magistrat doit se conformer aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite. Mais comme ce tarif n'existe pas dans le département de la Seine, le juge de paix de Courbevoie a décidé qu'il convenait d'établir les honoraires des médecins et des chirurgiens aux taux les plus réduits et usités pour la clientèle ouvrière, et que, dans l'espèce, ils devaient être fixés comme si le blessé appartenait à la Société de secours mutuels de Courbevoie.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4548. — M. le docteur Veyrat, de Lyon (Rhône), membre du Syndicat des médecins de Villeurbanne et de la banlieue-est de Lyon.

N° 4549. — M. le docteur Grollier, de Chaponost (Rhône), présenté par M. le docteur Mansord, d'Allevard (Isère).

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de M. le docteur Moussier, de Nantes, membre du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 39 29 SEPTEMBRE 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose.

Dans sa dernière session, le Conseil général de la Seine-Inférieure a émis le vœu « que les pouvoirs publics prennent des mesures pour enrayer les progrès de l'alcoolisme, en commençant par la diminution et la limitation du nombre des débits ».

Dans la même session, le Conseil général du Rhône a émis un vœu identique.

Ce sont là des actes intéressants.

Mais, notre confrère, M. le Dr Plicque, expose en ces termes, dans le *Progrès médical*, une idée qui mérite d'attirer et de retenir l'attention.

Projet « d'un droit des pauvres » sur l'alcool.

Les années passent, les Commissions et les Congrès se succèdent ; la prétendue lutte contre la tuberculose n'aboutit en France à aucun résultat tangible. Notre inertie fait un contraste pénible avec l'activité des pays voisins. Une courte visite dans la section allemande d'hygiène à l'Exposition est, à cet égard, la meilleure leçon de choses. Les Allemands agissent, tandis que nous bavardons.

Mais, tout en constatant leur activité prodigieuse et leur avance considérable en matière d'assistance publique, il faut surtout en donner la véritable explication. L'Allemagne, par sa loi sur l'assurance-maladies, dispose, pour l'assistance, de ressources considérables, indéfiniment et automatiquement renouvelées. Ces ressources sont garanties par une retenue obligatoire de 2 % sur tous les salaires, au profit des caisses de secours contre la maladie. C'est cette retenue qui a permis la création de nombreux sanatoria pour indigents, disposant à l'heure actuelle de près de cinq mille lits. C'est cette retenue, qui assure les ressources nécessaires à leur fonctionnement. C'est elle qui permet d'accorder des secours mensuels aux familles des malades hospitalisés. C'est elle enfin, qui a permis de nombreuses améliorations, en particulier pour le traitement à domicile et pour la désinfection des logements insalubres. Tant que la France ne disposera pas d'un fonds de roulement spécial affecté à la lutte contre la tuberculose, les meilleures résolutions, prises par les Commissions les plus compétentes, resteront lettre morte. Les administrations d'assistance publique des grandes villes ont déjà partout des charges considérables épuisant, et au delà, toutes leurs ressources. Par la création de sanatoria hospitalisant des tuberculeux au début (c'est-à-dire créant une catégorie nouvelle d'assistés), par l'amélioration du traitement à domicile, par les mesures de désinfection et d'isolement, elles se créeraient des charges nouvelles, déséquilibrant encore leur budget en déficit. Elles opposent donc à toutes les mesures d'amélioration proposées leur redoutable force d'inertie.

Pour leur fournir l'argent, qui manque dans cette lutte contre la tuberculose, une retenue de 2 % sur tous les salaires, analogue à la retenue d'assurance maladies allemande, assurerait évidemment des ressources considérables. Mais cette retenue semble devoir être difficilement accueillie. Elle constituerait une trop lourde charge pour nos industries déjà surchargées d'impôts.

La création d'un droit spécial, d'une sorte de droit des pauvres sur l'alcool, au profit de l'Assistance publique, paraît plus facile à faire accepter. L'alcoolisme est au fond la grande cause de l'extension de la tuberculose. La phtisie, suivant l'expression pittoresque d'Hayem, se prend sur le zinc. Demander à un impôt supplémentaire sur l'alcool les revenus indispensables au traitement efficace des tuberculeux et à la prophylaxie, serait donc doublement justice. Qui sait même si l'augmentation de prix qui en résulterait ne diminuerait pas tant soit peu la consommation ? Si ce résultat ines-

péré venait à être atteint, ce serait pour la tuberculose la meilleure des prophylaxies. Sans doute, l'alcool en France est déjà lourdement taxé avec un droit de consommation de 156 francs par hectolitre. Cependant ce chiffre reste très inférieur à celui d'autres pays étrangers : 187 francs en Norwège, 210 francs en Russie, 240 francs au Canada, 245 francs aux Etats-Unis, 252 francs en Hollande et surtout 477 francs en Angleterre. Une majoration de 10 % n'amènerait guère le droit sur l'alcool en France qu'au tiers de ce qu'est le droit anglais. En 1895, cette surtaxe aurait produit, au profit de l'Assistance publique en France, 25 millions, budget respectable permettant une lutte sérieuse, non seulement contre la tuberculose, mais contre bien d'autres affections.

Cette création d'une taxe supplémentaire, avec affectation spéciale, sort un peu des habitudes budgétaires, mais n'offre rien d'illégal. Un impôt de ce genre frappe déjà les Compagnies d'assurances au profit des compagnies de sapeurs-pompiers.

L'essentiel est d'ailleurs la création d'une ressource annuelle avec affectation définie. Au lieu d'obtenir cette ressource par une augmentation des droits de consommation sur l'alcool, on pourrait l'obtenir par un autre moyen, l'augmentation des droits d'octroi. Ce dernier moyen a même l'avantage de mieux se prêter aux tentatives particulières, aux initiatives municipales isolées. Toutefois, la majoration de taxe devrait être plus sensible. En 1898, les diverses taxes d'octroi sur l'alcool (y compris le vermouth et les vins de liqueurs) n'ont produit pour toute la France que 40 millions 295.000 francs. Peut-être aussi pourrait-on étudier le rétablissement de la surtaxe spéciale qui exista, de 1872 à 1880, sur l'absinthe, et qui fut bien à tort supprimée. Ce produit, tout spécialement nuisible, ne saurait être trop fortement frappé. En Algérie, la création d'une surtaxe de cinquante francs, par hectolitre d'absinthe, donne de très bons résultats.

Mais l'essentiel, dans la lutte contre la tuberculose, est de sortir du domaine du rêve, des bavardages et des projets, pour entrer dans le domaine de l'action. La question de dépenses constitue l'obstacle invincible. Pour triompher de cet obstacle, de même qu'il existe un droit des pauvres sur les théâtres, le mieux serait de créer un droit des tuberculeux pris sur l'alcool.

A.-F. Plicque.

A tous ceux qui se préoccupent de faire la guerre à l'alcoolisme d'une façon vigoureuse, sur le terrain parlementaire ; à tous ceux de nos confrères qui ont l'oreille des conseils généraux ou des municipalités, nous recommandons instamment l'étude des idées émises par M. le Dr Plicque.

C'est une formule d'application à chercher, (au milieu de difficultés, c'est certain), mais avec une perspective de grosses et heureuses conséquences.

H. J.

LA SEMAINE MEDICALE

Le traitement Pastorien de la rage est-il efficace?

Selon les prévisions exprimées par M. le prof. *Nocard*, le 19 juin dernier à l'Académie, la communication et les commentaires regrettables de M. Lemaistre, de Limoges, commencent à porter leurs fruits.

La méthode pastorienne contre la rage est soupçonnée, suspectée et presqu'accusée d'inefficacité ; je ne parle pas de ceux qui lui imputent des meurtres, ils ne demandent pas qu'on leur réponde. Mais, plusieurs confrères de province nous écrivent pour nous demander si, réellement, ils feraient bien de la conseiller et de l'imposer aux personnes de leur clientèle mordues par des animaux enragés.

FEUILLETON

Le minotaure

Une courte station devant la grille ; la porte tourne sur ses gonds, et la voiture pénétrant dans la cour, décrit une courbe savante et vient s'arrêter au bas du perron.

Le nouveau pensionnaire a fait son entrée dans l'*Asile* sous l'œil indifférent des gardiens.

Et pendant qu'on entend retomber les lourds battants, que les verrous grincent leurs rauques grincements, une vision dantesque s'impose à mon esprit avec l'implacable, l'effrayante précision de la réalité :

« Lasciate ogni speranza ! »
« *Vous qui passez mon seuil, laissez toute espérance !* »

Pour lui, le pauvre, — grâce d'état providentielle — l'infernale vision ne vient pas même effleurer sa sérénité ; les pieds dans ses sabots, mal affermi sur ses pauvres quilles, les yeux écarquillés, les prunelles vides, il contemple avec un navrant sourire de contentement la petite caisse qui renferme son modeste trousseau — toute sa fortune désormais. Il se laisse ballotter de la salle d'attente au bureau des admissions et assiste impassible à la discussion que provoque entre son fils et l'économe la fixation du prix de la pension.

Première classe ? Deuxième classe ? que lui importe !

Sur cette dure écorce cérébrale, qui semble recouverte d'une épaisse couche de glace, les impressions glissent sans jamais pénétrer — à moins qu'on ne les y enfonce ! mais gare au dégel !

La débâcle est fatale à plus ou moins longue échéance ; débâcle finale, où, après l'extinction de la dernière lueur d'intelligence, va sombrer à son tour l'existence physique.

D'un mouvement mal assuré, avec un léger tremblement des doigts qui, à lui seul, suffit à révéler la cause de la maladie, il tend sa montre, sa chère montre, dont il n'avait pas voulu se séparer, et que l'inflexible règlement l'oblige à consigner entre les mains du secrétaire.

Il veut bégayer quelques explications ; mais — ironie ! — il tourne sept fois la langue dans sa bouche — comme le sage — et..... ne parle pas.

Les formalités sont accomplies : un surveillant arrive tout galonné, pour le conduire à sa section.

Les adieux sont très simples ; comme s'il nous quittait pour quelques jours. Pendant que son fils se détourne pour cacher ses larmes, il me tend la main en ânonnant :

« Au revoir.... Monsieur !... bien des choses chez vous ! »....

Et sous la poussée du gardien, la porte s'ouvre sur la longue enfilade des corridors, vestibules du néant, où va désormais flotter, à travers la lente et monotone succession des heures vides, sa non-existence de dément !

....

« Lasciate ogni speranza ! »

....

Le cœur serré, nous regagnons la gare

« Pensez-vous que mon père puisse guérir un jour ? » interroge le fils du séquestré.

....

— « Mon ami, je mentirais si je vous donnais quelque espoir. Les lésions déterminées par l'abus

Un confrère nous dit même :

« Jamais on n'a encore obtenu la guérison d'un cas de rage authentique, ni par les injections antirabiques, ni autrement. Je trouve donc extraordinaire, pour ne pas dire plus, que l'Institut Pasteur inocule chaque année plus de 20.000 *personnes*, au dire de M. Nocard, alors que depuis un temps immémorial, la mortalité annuelle par la rage était en moyenne de 35 mordus, moyenne qui est encore sensiblement la même. Quoi ! un mordu se fait inoculer ; quinze jours après l'institut le renvoie avec mention : Guéri. Guéri de quoi ? Pas de la rage assurément, puisqu'il ne l'avait pas.

« Certains confrères, plus cliniciens que théoriciens, envoient leurs mordus à l'institut.

« Ils m'ont avoué qu'ils agissaient ainsi sans conviction aucune, plutôt pour le moral des blessés, d'autant mieux qu'ils considéraient l'injection comme sans danger. »

On pourrait répondre simplement à notre confrère que les hommes qui pratiquent à l'Institut Pasteur et qui soutiennent la méthode de leur autorité, ne sauraient être soupçonnés d'erreur ou d'imposture : des témoignages comme ceux de Vulpian, Grancher, Nocard, Roux, Chantemesse, Duclaux ont certainement assez de valeur et de poids pour qu'on ne les suspecte pas. Mais les chiffres valent encore mieux. Les vaccinés de la rage viennent non seulement de France, mais de l'Europe et de l'Afrique ; la dernière statistique donne une mortalité de 0,25 % ; c'est un merveilleux résultat auprès de ce qui se produisait, il y a seulement 15 ans.

Presque tous les mordus par animaux enragés, succombaient à la rage. Quant à dire que l'on vaccine tout le monde sans enquête sérieuse, à l'Institut Pasteur ; ce sont de ces insinuations comme on se plaît à en répandre aujourd'hui contre tout ce qui est honnête et consciencieux. Qu'il y ait encore des échecs, certes, on ne peut le nier ; mais il faut surtout déplorer les négligences et les retards des blessés, et peut-être aussi des médecins, qui hésitent à imposer le voyage à Paris ou au centre le plus voisin. Il faut absolument commencer le traitement de bonne heure, et l'appliquer à toute personne mordue par un animal reconnu enragé ou simplement errant.

De risques, il n'y en a point : au contraire, les risques sont énormes, si on a attendu seulement trois ou quatre jours et surtout, si on attend les événements, sans rien faire.

Trois sérums efficaces.

M. le médecin principal *Calmette* passe en revue, dans l'*Union médicale du Nord-Est*, les propriétés et qualités primordiales des trois sérums les plus efficaces connus de nos jours :

1° Le sérum antitétanique est obtenu en immunisant les chevaux à l'aide de cultures filtrées du bacille de Nicolaïer additionné d'un égal volume d'eau iodée à 1/500, conformément au procédé indiqué par Roux au Congrès de Londres ; après quelques injections de ce mélange, on diminue la quantité d'iode, et on arrive, au 72e jour, à pouvoir inoculer à l'animal immunisé 150 centimètres cubes de toxine pure. Cinq jours après cette inoculation, le sérum possède un pouvoir immunisant égal à un million, ce qui signifie qu'un animal peut être garanti contre une dose mortelle de toxine, si l'on vient à lui injecter une dose de sérum égale au millionième de son poids. En continuant à immuniser les

---

de l'alcool sur le système nerveux de votre père, et en particulier sur les enveloppes de son cerveau, sont trop avancées pour qu'un retour à la santé soit désormais possible ; elles pourront, sous l'influence du traitement, demeurer stationnaires pendant un temps plus ou moins long — disparaître complètement, jamais ! »

— « Mais, Docteur, vous me dites toujours que mon père doit sa maladie à l'abus des boissons alcooliques ! Je vous assure que vous vous trompez ! Jamais il n'a fait d'excès ! Jamais je ne l'ai vu ivre ! »

— « C'est là une profonde erreur. Il n'est pas besoin de s'enivrer pour devenir ce que nous appelons un *alcoolique*, c'est-à-dire *empoisonné par l'alcool*. Il suffit de faire ce que faisait votre père, et, ce que vous faites probablement vous-même tous les jours : *de boire de l'alcool le matin à jeûn sous forme de « goutte », d'en prendre encore dans la journée sous des formes diverses, et en plus ou moins grande quantité selon les occasions.*

« L'alcool n'est pas transformé par le travail de la digestion, il passe *en nature* dans le sang, et va exercer sur tous les organes, sur tous les tissus, son action corrodante. Mis en contact avec la muqueuse de l'estomac, il l'enflamme, l'irrite, l'épaissit, et finit par la rendre impropre à remplir sa fonction.

« Vous est-il arrivé déjà, de recevoir sur une coupure, sur une écorchure, quelques gouttes d'alcool ? »

— « Oh ! bien des fois ! quand je me coupe, je trempe immédiatement mon doigt dans de l'eau-de-vie. »

— « Et que ressentez-vous ? »

— « Sur le moment une violente cuisson. Mais après, au moins, la plaie ne « s'envenime pas. »

— « Parfaitement ! parce que l'alcool est un antiseptique, et son action sur les plaies — quand il est suffisamment dilué, — est des plus favorables. Mais sur la muqueuse délicate de l'estomac, il agit comme irritant — comme caustique même, lorsqu'il n'est pas mélangé avec les aliments. — Et son action funeste ne se borne pas à cet organe ; elle s'étend à tout l'appareil digestif, à tous les organes, à tous les appareils de l'économie.

« Je vais vous le prouver immédiatement.

« Je vais vous faire suivre, pour ainsi dire pas à pas, les ravages qu'il a produits dans l'organisme de notre malade ; et, sans avoir jamais interrogé votre père à ce sujet, je me fais fort de vous décrire un à un les divers symptômes qu'il a éprouvés depuis quelques années. »

— « Si vous faites cela, vous serez joliment malin ! »

— « Point n'est besoin d'être somnambule pour cela !

« Il suffit d'avoir vu ces cas quelquefois, et malheureusement, ils sont tellement fréquents, que c'est l'A, B, C du métier !

Depuis plusieurs années déjà, votre père n'était pas précisément heureux lorsqu'il se levait le matin, il avait « le cœur barbouillé », la langue pâteuse, la bouche sèche ; puis, bientôt, survinrent des nausées, puis enfin, des vomissements glaireux... »

« — Ah ! mais ces vomissements-là, c'était l'effet de « sa pituite » qu'il avait tous les matins depuis bien des années ; et ça se passait aussitôt qu'il avait bu une bonne goutte ! »

— « Eh bien mon ami, si votre père avait « sa pituite » depuis bien des années, c'est qu'il y a plus longtemps encore que je ne le pensais qu'il est alcoolique ; et l'efficacité du remède qu'il employait

chevaux par des injections de toxine, on peut faire acquérir aux chevaux un pouvoir antitoxique de un milliard.

Malheureusement, l'antitoxine tétanique renfermée dans le sérum des animaux immunisés ne possède qu'un pouvoir préventif et non curatif. Le tétanos, en d'autres termes, peut être prévenu chez un sujet qui sera soumis ultérieurement à une inoculation de toxine tétanique ; mais, si l'on vient à injecter le sérum chez un blessé qui aura été contaminé par le bacille de Nicolaïer, la maladie pourra se développer malgré cette injection. Cette impuissance curative de l'antitoxine résulte de ce fait que l'endothélium des vaisseaux s'oppose à la pénétration de l'antitoxine dans les centres nerveux, milieux d'élection pour la toxine tétanique ; cette dernière se développe donc librement et détermine les troubles fonctionnels que nous connaissons. Il existe toutefois un moyen de faire agir l'antitoxine sur les centres nerveux : c'est de l'y porter directement par une inoculation intra-cérébrale à travers le crâne. Roux et Borrel ont préconisé ce mode de traitement du tétanos déclaré et, à l'heure actuelle, on compte plusieurs succès obtenus par les injections de sérum antitétanique dans le cerveau ; mais il est nécessaire, dans ces cas, d'intervenir rapidement, et le déterminisme de cet acte opératoire n'est pas encore fixé.

Le sérum antitétanique doit donc être employé surtout préventivement, et, à cet égard, il a fait largement ses preuves. Dix centimètres cubes injectés en une seule fois suffisent d'ordinaire pour prévenir le tétanos chez l'homme et les grands animaux dont les plaies peuvent être souillées par la terre, la vase ou les fumiers.

2° Le sérum antidiphtérique est obtenu en immunisant les chevaux à l'aide de cultures filtrées du bacille de Lœffler, d'abord additionnées de quelques gouttes de solution iodo-iodurée de Gram, puis, progressivement, de cultures sans iode. Au bout de quatre-vingts jours, les chevaux peuvent recevoir 250 centimètres cubes de toxine, et, à ce moment, leur sérum possède une antitoxine dont le pouvoir préventif est supérieur à 50.000, ce qui veut dire qu'un cobaye résiste à l'inoculation d'une dose mortelle de toxine, si on lui a injecté, au préalable, une quantité de sérum égale à la cinquante millième partie de son poids. Ce sérum, nous le savons tous aujourd'hui, est en même temps préventif et curatif. En 1892 et 1893, Behring et Erlich ont publié les premiers résultats de la sérothérapie diphtérique appliquée aux enfants. A la même époque, Roux, Martin et Chailloux expérimentaient le sérum qu'ils obtenaient par l'immunisation des chevaux et démontraient que ce mode de traitement abaissait la mortalité de la diphtérie dans une proportion considérable. Depuis 1894, les médecins du monde entier ont confirmé le bien fondé de l'admirable découverte du sérum curateur, et l'on peut affirmer que les 4/5 des malades atteints de diphtérie sont sauvés par l'antitoxine diphtérique.

Ici, il convient de faire remarquer que les accidents post-thérapiques qui avaient été observés dès les premiers temps de l'emploi du sérum antidiphtérique et qui consistaient en l'apparition d'urticaire, d'éruptions rubéoliformes et d'arthralgies, quelques jours après l'injection, ont presque complètement disparu, depuis que les sérums préparés dans les divers Instituts sont chauffés à 57° C. avant leur distribution au public. De plus, on ne saurait trop ouvertement proclamer que le sérum ne doit jamais être tenu

---

pour la combattre est une preuve nouvelle de la justesse de mon diagnostic. Cette pituite, ces vomissements glaireux sont l'indice de l'irritation de l'estomac, et c'est un *caractère spécial de cette gastrite alcoolique d'être momentanément calmée par l'ingestion d'une nouvelle dose d'alcool.* Seulement, pour tout poison, morphine, opium, alcool, il se fait dans l'organisme une sorte d'accoutumance, et la dose calmante, pour continuer d'être efficace, doit être augmentée progressivement.

Ce n'était plus, dans ces derniers temps, une « goutte », mais deux, trois, plusieurs « gouttes » qu'il fallait à votre père pour « reprendre son aplomb », pour voir disparaître ses vertiges, ses crampes, ses fourmillements dans les membres... »

— « C'est vrai ! tout cela est parfaitement exact!... mais vous êtes donc sorcier ?

— « Plût à Dieu que je le fusse ! Je m'empresserais, d'un coup de ma baguette magique, de rendre à l'état de betteraves, de pommes de terre, de vieux chiffons, tous les infâmes produits de distillation que l'on sert aux consommateurs sous les aspects les plus tentants, sous les étiquettes les plus pompeuses. Je changerais en eau limpide tous les vins falsifiés, toutes les bières alcoolisées et dans lesquelles l'appât du lucre fait introduire les substances les plus pernicieuses—jusqu'à de la strychnine ! — Je ne m'arrêterais satisfait, que lorsque j'aurais métamorphosé en bornes-fontaines tous les falsificateurs éhontés, tous les cabaretiers sans vergogne qui spéculent sur la triste passion de l'homme pour l'alcool... »

— « Comme vous voilà monté ! heureusement que vous ne l'avez pas cette terrible baguette ! quel bouleversement sur la surface de notre globe ! »

— « Ce serait le salut de l'humanité, qui court à sa perte ! Les statistiques en font foi. La fable raconte qu'il y avait autrefois en Crète un monstre, moitié homme, moitié taureau, qui se nourrissait de chair humaine, et à qui les Athéniens devaient fournir chaque année un tribut de sept jeunes gens et de sept jeunes filles.

Bien autrement glouton est le *monstre alcool.*

Savez-vous quel tribut lui paye annuellement le genre humain ?

Voulez-vous des chiffres ?

Prenons la Belgique, si vous le voulez, qui ne compte que 6.500.000 habitants.

Eh bien, ce petit pays possède 195.000 cabarets, où se consomment chaque année 75 millions de litres de genièvre, qui coûtent à la nation belge 150 millions de francs.

Sur cette population, il y a, chaque année, 200,000 cas de maladies dues à l'abus des spiritueux.

On évalue à 20.000 par an le nombre des personnes qui succombent prématurément par l'usage ou l'excès des boissons alcooliques.

Tandis que de 1870 à 1894 la population ne s'est accrue que de 24 %, la consommation du genièvre a augmenté de 54 %, et avec elle ont augmenté :

Les cas de folie................	de 90 % ;
La criminalité................	de 52 % ;
Les cas de suicide................	de 129 % ;
La mendicité et le vagabondage...	de 123 % (1).

....

Et la Belgique est loin d'être au premier rang sur la liste des pays que ravage l'alcoolisme !

(1) Dr Van Emelen. Dangers de l'alcoolisme.

responsable des albuminuries constatées au cours de la diphtérie.

Dans la pratique, on doit injecter d'emblée des doses de 10 à 20 centimètres cubes de ce sérum lorsque la diphtérie paraît confirmée, et répéter ces mêmes doses si la maladie ne cède pas dans les deux ou trois jours qui suivent la première injection. Plus cette méthode sera appliquée avec célérité et énergie, plus on conjurera les paralysies qui sont consécutives à l'intoxication diphtérique.

3° Le sérum antivenimeux a été créé en se fondant sur les mêmes principes que ceux qui ont servi à découvrir les puissantes ressources de l'économie, lorsque cette dernière est pénétrée par les toxines tétanique et diphtérique. Ce sont les travaux de M. le Dr A. Calmette, et ceux de Phisalix, Bertrand et Fraser qui ont doté la thérapeutique de ce sérum dont la puissance est considérable. Les grands animaux, comme le cheval, sont immunisés par des injections à doses graduellement croissantes de venin mélangé à une petite quantité d'une solution d'hypochlorite de chaux à 1/60. Il faut six mois environ pour immuniser les chevaux, mais, à ce moment, le sérum de ces animaux est préventif et curatif pour toutes les espèces de venins, aussi bien pour ceux de serpents que pour ceux de vipères ou de scorpions. Toutefois, si l'on considère l'emploi du sérum au point de vue curatif, il faut se rappeler que l'injection de l'antitoxine doit être faite moins de trois heures après la morsure venimeuse pour que la guérison ait lieu. Mais cette guérison est absolue, et la méthode bien appliquée ne comporte jamais d'insuccès ; à cet égard, le sérum antivenimeux a fait ses preuves. Il suffit d'injecter d'emblée 10 centimètres cubes de sérum dans le tissu cellulaire d'un sujet mordu, pour voir rapidement disparaître tous les phénomènes de l'envenimation ; on peut d'ailleurs injecter 20 ou 30 centimètres cubes sans aucun inconvénient.

Le traitement de la tuberculose laryngée et pulmonaire par les inhalations de menthol bromoformolé.

Le Dr *Lacroix* a communiqué au Congrès de Médecine de Paris les résultats de sa méthode d'inhalations contre la tuberculose laryngée et pulmonaire. « J'ai eu, dit-il, l'an dernier, l'honneur de décrire avec quelques détails ce procédé, successivement en Angleterre au 67me Congrès de l'Association médicale Britannique et en France à l'Académie de médecine où il vient de faire l'objet d'un rapport de M. le professeur Laborde (1). Le but de la communication que j'ai actuellement l'honneur de faire au XIIIe Congrès International de médecine est de montrer, par des observations cliniques, les résultats que, depuis quatre ans, j'ai obtenus en appliquant à 475 cas de tuberculose laryngée et pulmonaire cette nouvelle méthode thérapeutique.

Permettez-moi de rappeler, tout d'abord, en quoi elle consiste :

En faisant passer un courant d'air au travers d'un mélange, chauffé en vase clos, de menthol formaldéhyde et bromoforme, on obtient un gaz composé spécial qui n'est autre chose que de l'air médicamenté. Expérimentalement ce gaz stérilise le pus et détruit la virulence du bacille de Koch. Faisons-le passer, en effet, dans du bouillon de veau additionné de pus et portons ensuite le tube à l'étuve : aucune culture ne se

(1) In *Concours médical*, n° du 6 juillet 1900.

Savez-vous quel est celui qui détient en ce moment ce triste record ?

C'est la France, mon ami ; c'est le pays qui s'est toujours flatté de marcher à la tête des nations civilisées !...

....

— « Mais enfin, me dit mon interlocuteur ébranlé, que faut-il faire pour ne pas devenir alcoolique ?

— « La conduite est bien simple :

Il faut se pénétrer de cette notion que l'eau est la meilleure et la plus saine de toutes les boissons ;

Que tout alcool est un poison, fût-il de la meilleure qualité ; que loin d'augmenter les forces comme on le prétend, il les diminue au contraire dans une notable proportion ;

Que les boissons fermentées, vin, bière, cidre, etc., ne doivent être prises qu'en quantité modérée, *et en mangeant* ; et que ces produits, quand ils nous viennent de l'étranger, doivent subir, pour pouvoir supporter le voyage, l'addition d'une certaine quantité d'alcools industriels qui les rendent nuisibles à la santé.

Il faut enfin et surtout, ne jamais prendre le matin à jeun, ni entre les repas, de boissons spiritueuses, eau-de-vie, rhum, cognac, genièvre, etc., etc., et confondre dans la même proscription tous les soi-disant apéritifs, amers, bitters, absinthe, etc., qui parfois, peut-être, ouvrent l'appétit, mais qui, bien plus sûrement encore, *creusent prématurément la tombe du buveur* »..........................

Nous étions arrivés, tout en discourant, devant l'inévitable « estaminet de la station ».

— « Vous devez avoir soif, me dit, — sans la moindre intention ironique — mon compagnon de route ; vous me permettrez bien, avant de nous séparer, de vous offrir quelque chose ? »

J'allais refuser, lorsque la réflexion me vint que mon rôle d'apôtre n'était pas terminé ; que je devais jusqu'au bout, combattre le bon combat.

Aussi, quelle ne fut pas ma surprise, lorsque répondant à la muette interrogation du garçon, mon néophyte s'empressa de commander : « Deux absinthes gomme......... sans absinthe ! »

C'était horrible, ce breuvage fade dont, probablement, toute gomme était absente, et versé dans des verres douteux. Je vous assure que pourtant je bus de bon cœur, dans l'espoir où j'étais d'avoir réussi à convaincre mon interlocuteur...:..................

Vous tous qui lirez ces lignes, faites de même chacun dans votre sphère : pratiquez et prêchez la tempérance ! Et je vous garantis que dans quelque dix ans, le minotaure, ne sachant plus où prendre ses victimes, finira par mourir d'inanition. Alors l'humanité, enfin délivrée de son joug avilissant, pourra élever à sa funeste mémoire, un monument plus haut que la tour Eiffel, avec cette épitaphe :

CI-GIT LE MONSTRE ALCOOLISME
LE PLUS GRAND FLÉAU DES TEMPS MODERNES
QUI SUCCOMBA SOUS LES EFFORTS RÉUNIS
DE LA PHILANTHROPIE ET DE L'HYGIÈNE.

Dr Oudaille.
(Fresnoy-le-Grand).

développe. Faisons également barboter le même gaz dans des crachats tuberculeux dilués,et inoculons le produit ainsi obtenu à un cobaye : ce réactif de la tuberculose continue à se bien porter. Pratiquement, cet air antiseptique peut être respiré avec avantage,car il est parfaitement toléré,et le laryngoscope montre qu'il agit toujours favorablement sur les voies respiratoires. En clinique, il pénètre aisément, par l'inspiration physiologique, dans les cavités laryngo-bronchiques qu'il désinfecte dans toutes leurs parties perméables.

Sur les 475 observations concernant cette méthode, que M. Lacroix possède actuellement, un certain nombre sont particulièrement intéressantes. Il cite, d'abord, 95 cas de tuberculose laryngée et pulmonaire à leur début dont la guérison a été obtenue et maintenue par les inhalations antiseptiques de menthol bromo-formolé uniquement aidées par une hygiène appropriée.

Toutefois, après avoir énuméré ces succès et pour préciser nettement les indications de la méthode, il ajoute que l'efficacité de cette dernière s'atténue notablement à mesure que l'on s'éloigne du début de l'infection laryngée ou pulmonaire. Lorsque l'infiltration de la muqueuse laryngée a gagné en épaisseur, lorsque des craquements ou des râles humides sont apparus dans la poitrine, le gaz antiseptique ne vient plus aussi directement au contact des lésions. Fatalement, il cesse d'être curatif au même degré, quoiqu'il soit encore possible, parfois, d'accroître son action de la manière suivante : en injectant de l'huile gaïacolée sous la peau pour favoriser l'expulsion des crachats et permettre au gaz d'arriver plus directement au contact des tubercules.

De même, les formes rapides, aiguës, de la tuberculose pulmonaire, les phtisies galopantes qui évoluent en quelques mois, sont au-dessus des forces de cette médication comme de toutes les autres d'ailleurs sans exception.

En un mot, la méthode des Inhalations antiseptiques et calmantes de Menthol bromo-formolé est un traitement de premier ordre lorsqu'il est prescrit : 1° tout à fait au début de l'infection bacillaire du larynx ou du poumon, alors que la muqueuse laryngée est envahie superficiellement et les alvéoles pulmonaires encore perméables ; 2° lorsqu'il s'adresse à la tuberculose acquise, à marche essentiellement chronique et lente dans laquelle le bacille joue un si grand rôle.

Guérison de lésions valvulaires constituées.

La lésion valvulaire est-elle toujours immuable et incurable ? C'est pour répondre à cette question que M. le Dr Pétrovitch, de Paris, a entrepris, depuis 10 ans, des recherches cliniques, en suivant,durant des mois et des années, l'évolution des endocardites et des affections organiques du cœur chez les malades de la clientèle. En laissant de côté les cas d'endocardites aiguës qui guérissent dans le cours ou à la suite des maladies qui leur ont donné naissance, il a pu recueillir sept cas de lésions valvulaires constituées, ayant persisté depuis au moins six mois, et ayant présenté, en dehors des signes physiques, des symptômes fonctionnels habituels des maladies cardiaques. La lésion valvulaire (insuffisances mitrale et aortique), dans tous ces cas, a disparu de 10 mois à 3 ans après le début des premiers accidents fonctionnels, avec un traitement uniforme consistant dans l'usage de l'iodure de potassium à petite dose, longtemps continué, avec intervalles de repos, et dans l'application, au niveau de la région précordiale, de pointes de feu.

A la suite de cette communication, M. le Professeur Rendu, secrétaire de la Section, a cité deux cas de sa connaissance, de lésions valvulaires qui ont guéri. M. le Professeur Potain, président de la Section, dont on connaît la grande compétence en pareille matière, après avoir fait l'éloge des patientes et remarquables recherches de l'auteur, qui ont amené ces faits nouveaux, et après avoir relaté un cas semblable, a insisté sur le jeune âge des sujets qui ont bénéficié de cette terminaison favorable.

En résumé, après cette communication du 7 août, la curabilité de la lésion valvulaire est un fait acquis à la Science. Nous pensons que les cas de guérison en deviendront plus nombreux, une fois l'attention des médecins systématiquement portée sur cette question.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis. — M. le Professeur Fournier

Technique et indications des injections mercurielles hypodermiques (1).

Depuis quelques années, les injections hypodermiques mercurielles sont à l'ordre du jour pour le traitement de la syphilis. Leur emploi — ainsi d'ailleurs qu'il arrive souvent en matière d'innovation thérapeutique — vanté à l'excès par des partisans enthousiastes, est attaqué, avec non moins d'énergie, par des détracteurs intransigeants.

Les premiers considèrent cette méthode de traitement comme une panacée merveilleuse appelée bientôt à anéantir la syphilis ; les seconds, au contraire, lui attribuent les plus graves méfaits et les plus grands dangers. On conçoit aisément l'embarras dans lequel se trouve le praticien, qui entend à la fois des louanges et des critiques aussi peu mesurées.

Eh ! bien, quelle valeur exacte faut-il attribuer aux injections mercurielles sous-cutanées dans la cure de la syphilis : quels en sont les avantages et les inconvénients ?

La méthode hypodermique, d'après ses partisans, exclut en premier lieu toute supercherie de la part du malade. Certains sujets, à l'hôpital surtout, s'abstiennent volontairement d'avaler les pilules ou les solutions médicamenteuses à eux prescrites. Evidemment, avec l'hypodermie, il ne peut plus en être ainsi, mais l'avantage est minime et ne mérite pas qu'on s'y arrête.

La voie sous-cutanée, en second lieu, assurerait d'une manière certaine l'absorption médicamenteuse. Une pilule peut parfois traverser

(1) M. le Professeur Fournier a étudié cette importante question en trois leçons cliniques qui se complètent et que nous publierons successivement.

simplement le tube digestif et arriver intacte dans les garde-robes ; de même une friction mercurielle mal exécutée ne donnera aucun résultat. En verité, ce sont là des cas tout à fait exceptionnels, car, en général, l'absorption par l'intestin ou par la peau se fait très bien. D'ailleurs, est-on toujours sûr que le mercure introduit par voie hypodermique est régulièrement absorbé !

L'hypodermie respecte les organes digestifs, troisième avantage beaucoup plus sérieux que les deux précédents. En toutes circonstances, il est du devoir du thérapeute d'altérer le moins possible le tube gastro-intestinal. Cette règle est plus importante dans une maladie qui entraîne — comme le fait la syphilis — de l'anémie générale justifiable d'une alimentation abondante et réparatrice. L'intégrité de l'estomac est nécessaire si l'on doit prescrire d'autres médicaments.

L'hypodermie enfin — quatrième et principal avantage — est une médication intense et active, comme le prouvent les nombreuses observations cliniques recueillies jusqu'à ce jour.

Il est indiscutablement acquis aujourd'hui que l'injection mercurielle hypodermique est un procédé particulièrement efficace de mercurialisation, possédant, d'une manière générale, une puissance supérieure aux autres méthodes et faisant enfin dans certains cas déterminés ce qu'aucun autre mode d'administration du mercure ne peut obtenir.

L'injection du calomel, par exemple, produit des effets curatifs impossibles à demander aux pilules de protoiodure ou aux frictions d'onguent napolitain.

Tel est le vrai motif pour lequel nous employons la voie sous-cutanée dans le traitement de la syphilis et telle est sa véritable supériorité.

Voyons maintenant la *technique générale* de l'injection hypodermique mercurielle :

Il va sans dire que l'on n'introduit pas sous la peau une substance comme le mercure sans quelques précautions. Au début de l'application de cette méthode, les premiers expérimentateurs, ignorant naturellement ces précautions, provoquèrent de très dangereuses réactions. Alors, presque à chaque opération, il se produisait des abcès accompagnés de douleurs, souvent de sphacèles, phénomènes qui ont fort heureusement disparu grâce aux perfectionnements apportés à la technique.

Il est nécessaire, tout d'abord, de s'entourer d'une asepsie parfaite. La solution à injecter doit être chimiquement pure et bactériologiquement irréprochable. L'instrumentation se composera d'une seringue entièrement stérilisable et d'une longue aiguille en platine iridié, facile flamber à la lampe.

Après avoir soigneusement désinfecté ses mains, ainsi que la peau de la région à piquer, puis stérilisé la seringue par l'ébullition et l'aiguille par le flambage dans la flamme d'une lampe à alcool, l'opérateur se trouve prêt pour l'injection.

Comment doit se faire la piqûre ?

Profondément dans la masse musculaire elle-même. L'expérience prouve que l'injection superficielle, faite sous la peau seulement, est beaucoup plus douloureuse que l'injection profonde. Cette dernière détermine toujours une réaction inflammatoire moins violente, elle est, en un mot, mieux supportée.

En quel point faut-il injecter ?

Il existe en hypodermie musculaire — l'empirisme, ici encore, le démontre et nous sert de guide — des régions tolérantes et des régions intolérantes. A ce point de vue, les membres, par exemple, ne se comportent pas comme les fesses.

Dans les membres, l'injection intra-musculaire cause de vives douleurs et parfois des abcès, alors que, dans la fesse, ces conséquences sont très rares.

Pour les injections médicamenteuses profondes intra-musculaires, il existe trois bonnes régions : la fossette rétro-trochantérienne, les lombes et enfin la fesse. Celle-ci, plus vaste que les autres, sera donc le lieu de prédilection, le siège par excellence des injections mercurielles. D'ailleurs, l'opérateur n'enfoncera pas l'aiguille indifféremment en tous les points de la fesse, il choisira des régions favorables. Si l'on divise le territoire fessier par deux lignes horizontales, on obtient ainsi trois parties, trois tranches superposées et égales. La tranche inférieure ne doit pas être utilisée, car elle sert au malade pour s'asseoir. Il ne faut pas non plus choisir le tiers moyen, qui contient le grand nerf sciatique et les gros vaisseaux artériels et veineux qui l'accompagnent.

En résumé, l'opérateur pourra pratiquer l'injection sur toute l'étendue de la fesse, excepté dans la tranche inférieure et le tiers moyen de la tranche moyenne.

L'injection devra être faite en deux temps : en premier lieu, on ponctionnera avec l'aiguille, puis on attendra une demi ou une minute. Si le sang apparaît au talon de l'aiguille, il est nécessaire de la retirer et de l'implanter ailleurs, car c'est là l'indice de la piqûre d'un vaisseau. Si le sang n'apparaît pas, on ajustera la seringue, et l'injection alors sera poussée avec lenteur. Les piqûres des jours suivants seront évidemment faites en des points différents, tantôt sur une fesse, tantôt sur l'autre.

*
* *

La méthode générale des injections hypodermiques mercurielles, dont nous venons d'énumérer les avantages et de décrire la technique, se subdivise elle-même en deux procédés :

a) Méthode des injections fréquentes, répétées tous les jours, pendant un certain nombre de semaines ;

b) Méthode des injections rares, répétées tous les 8, 10 ou même 15 jours. Je vais consacrer maintenant la deuxième partie de cette leçon à l'étude de la

MÉTHODE DES INJECTIONS FRÉQUENTES.

Elle consiste à introduire quotidiennement dans les muscles de la fesse une certaine dose de mercure dissout dans un véhicule quelconque. Les préparations employées dans ce but sont d'ailleurs extrêmement nombreuses et on pourrait presque dire que tous les composés mercuriels solubles ont été recommandés tour

à tour. En réalité, quelques-unes seulement de ces préparations hydrargyriques sont véritablement bonnes et méritent la confiance du médecin. Elles sont au nombre de cinq :

1° Le sublimé en solution aqueuse à la dose de un demi ou de un centigramme par jour.

2° La peptone mercurique ammonique de Delpech, qui contient un centigramme de bichlorure de mercure par seringue de Pravaz de un centimètre cube.

3° Le cyanure d'hydrargyre, qui est une bonne préparation et se formule ainsi :

Cyanure de mercure........	0 gr. 10
Eau........................	10 gr.

4° Le benzoate de mercure de Bretonneau et Gaucher :

Benzoate de mercure.........	0 gr. 10
Benzoate d'ammoniaque (pour dissoudre)..................	0 gr. 50
Eau..........................	10 gr.

5° Le biiodure d'hydrargyre en solution huileuse (formule de Panas) :

Huile stérilisée............	10 gr.
Biiodure d'hydrargyre.....	0 gr. 04.

Toutes ces formules sont également bonnes, mais les deux dernières sont plus particulièrement recommandables.

En appliquant cette méthode des injections fréquentes, quel effet curatif peut-on obtenir ? Quels sont les résultats de cette médication ?

Elle constitue évidemment un traitement actif, car on administre en somme du mercure, c'est-à-dire un médicament toujours énergique.

C'est, de plus, un traitement moyennement actif, représentant à peu près la valeur de deux ou trois pilules de Dupuytren pour chaque injection. Certains expérimentateurs avaient osé dire que, grâce à l'hypodermie quotidienne, c'en était fait de la syphilis et même de la syphilis cérébrale. Il a fallu malheureusement en revenir.

Ce traitement présente, en outre, des inconvénients : il peut provoquer des phénomènes douloureux et devenir le point de départ de réactions inflammatoires assez vives.

La douleur est à peu près inséparable de toute injection mercurielle. Elle se présente sous diverses formes : je ne parle pas, bien entendu, de la douleur due à la piqûre qui est fugace et sans intérêt. Plus importantes sont les douleurs qui suivent le passage du médicament à l'intérieur des tissus. Elles apparaissent quelquefois un quart d'heure, une demi-heure après l'opération et peuvent être comparées à une sensation de gêne, de tension, de meurtrissure dans la fesse. Cela dure quelque temps pour disparaître ensuite.

D'autres fois la douleur est éloignée et éclate les jours suivants, 36, 40, 48 heures après l'injection, et le malade se plaint alors d'un endolorissement continu avec élancements névralgiformes pouvant persister plusieurs jours. L'intensité de ces douleurs est des plus variables. Assez vives avec le sublimé, elles sont relativement légères avec le biiodure. Violentes chez certains sujets, elles sont très minimes chez d'autres.

J'ai vu des malades faire du vélocipède immédiatement après l'opération. D'ailleurs, en dehors du rôle joué par la composition de la solution et par la susceptibilité du sujet lui-même, il est des conditions dont nous ignorons la nature, qui influent sur la douleur : chez une même personne et avec une même préparation, la piqûre pourra être un jour pénible et le lendemain indolente sans qu'il soit possible d'en déterminer le motif.

L'hypodermie mercurielle fréquente est donc, dans bien des cas, une méthode douloureuse. Aussi, les malades ne l'aiment-ils pas. Certains même l'ont en horreur et désertent les services hospitaliers où on l'emploie systématiquement dans le traitement de la syphilis.

A côté de la douleur, il peut également se produire une irritation locale se traduisant par la présence de nodosités, de noisettes, dans la fesse. Ces indurations ont en effet le volume d'un gros grain, d'une noisette, parfois d'une noix. Elles sont habituellement insensibles et ne gênent que par leur séjour et leur volume. Lorsqu'elles sont en petit nombre, l'organisme les tolère généralement très bien ; mais si elles se multiplent, s'il en existe, par exemple, huit, dix, douze ou plus, les unes à côté des autres, il se produit facilement dans ces conditions de l'érythème, puis la région devient sensible au palper et dans le décubitus dorsal.

A ce moment, les malades les plus désireux de guérir, les plus dociles même, finissent par renoncer aux injections.

Enfin, il y a des cas où cet état entraîne de véritables troubles fonctionnels, difficulté de la marche et même claudication. Je ne parle des abcès que comme souvenir, puisque, aujourd'hui, avec les précautions antiseptiques d'usage, ils sont devenus extrêmement rares.

Nous venons de voir les avantages et les inconvénients de la méthode des injections mercurielles hypodermiques quotidiennes. De tout cela, que faut-il conclure ? Quelles doivent être les indications de ce traitement ?

CONCLUSIONS

1° Les inconvénients de la méthode des injections quotidiennes ne sont pas assez importants pour exclure celle-ci de la thérapeutique. Certains médecins en rejettent l'emploi de parti pris. C'est une exagération, une erreur même, car ce traitement est parfaitement tolérable et susceptible de rendre de sérieux services.

2° En raison de ces inconvénients, cependant, vous ne choisirez pas la voie hypodermique, désagréable et ennuyeuse, si vous pensez obtenir le résultat curatif désiré par la voie stomacale ou par les frictions.

3° Cette méthode est ainsi appelée à rendre de réels services, mais seulement lorsque son emploi est motivé par des indications. Quelles sont ces indications ?

D'abord, l'échec des autres traitements ou leur intolérance. Si vous avez à traiter un dyspeptique, un gastralgique, un diarrhéique ne supportant pas les pilules de protoiodure ou de Dupuytren, si d'autre part votre malade ne tolère pas les frictions, sa peau s'irritant, par exemple, au contact de la pommade mercurielle, alors les injections hypodermiques deviennent nécessaires.

Vous les emploierez également dans les cas

d'urgence, lorsqu'il faut aller vite : syphilis de l'œil, du cerveau, des méninges.

Il existe enfin d'autres conditions qui indiquent ce système de traitement : tel un mari qui désire cacher son affection à sa famille, etc.

4° Excellente pour une cure provisoire, la voie hypodermique serait détestable pour un traitement continu de la syphilis. Celle-ci doit être traitée, chacun le sait, pendant plusieurs années, en administrant au malade, par périodes, du mercure. Eh ! bien, pour ce traitement suivi, la méthode des injections serait indiscutablement la plus détestable des méthodes. Elle ne serait d'abord pas pratique, car elle exigerait des déplacements quotidiens répétés du malade ou du médecin, réclamant, en un mot, une assiduité qui n'est pas de ce monde. De plus, elle sèmerait, pour ainsi dire, dans les fesses du patient, un grand nombre de nodosités qui finiraient par le rendre infirme, à la longue.

En résumé, les injections hypodermiques mercurielles répétées, appliquées temporairement, pendant deux, trois semaines ou un mois, constituent une bonne méthode appelée à rendre de sérieux services lorsqu'elle répond aux indications mentionnées plus haut. Elles sont, par contre, inacceptables comme traitement continu de la syphilis.

(*Leçon recueillie par le* Dr P. Lacroix.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Comité national permanent de médecine professionnelle et de déontologie médicale.

Nous avons dit, au n° 31 du journal, que le rapport de M. le Prof. Grasset au Congrès avait offert l'occasion de créer ce rouage d'entente entre les Sociétés de défense professionnelle, dont notre assemblée générale de l'an dernier avait montré la nécessité, et largement préparé l'avènement.

La première réunion du Comité national permanent a eu lieu le 30 juillet dernier, à cinq heures du soir, à la Faculté de Médecine, sous la présidence du Dr Lereboullet, Président du Congrès international.

Assistaient à cette réunion : MM. Blache, Cellier, L. Duchesne, Ducor, Glairal, Genesteix, Glover, Grasset, L. Gourichon, de Grissac, Jamin, Jeanne, Lasalle, Lereboullet, J. Noir, Philippeau, Porson, P. Richard, Séailles.

Excusés : MM. Le Baron, Cézilly, Gassot, Maurat.

Le Président rappelle la décision prise par le premier Congrès international de Médecine professionnelle et de Déontologie médicale, dans sa séance de clôture, instituant un Comité national permanent chargé : 1° d'étudier les propositions du professeur Grasset et de rédiger un Code de Déontologie médicale ; 2° de s'occuper de l'organisation de Congrès nationaux de Médecine professionnelle et de Déontologie médicale ; 3° de se mettre en relation avec les Comités des autres pays, pour l'organisation de Congrès internationaux de Médecine professionnelle et de Déontologie médicale.

Ce Comité national permanent est composé *provisoirement* (jusqu'à ce que son mode d'élection ait été déterminé) des bureaux : de l'Association générale des Médecins de France, de l'Association des Médecins de la Seine, du Concours médical, de l'Union des Syndicats médicaux de France, du Syndicat des Médecins de la Seine, du Conseil général des Sociétés médicales des arrondissements de Paris et du département de la Seine, et des personnalités dont le concours sera jugé utile.

Sur la proposition du Dr Grasset, le bureau du Congrès devient le bureau du Comité permanent et est ainsi composé :

Président, M. le Dr Lereboullet ; *Vice-Présidents*, MM. Grasset, Jamin, Le Baron et Porson ; *Secrétaire général*, M. Glover ; *Trésorier*, M. Masson.

Le représentant du Concours médical demande que cette société soit autorisée à désigner les trois membres qui sont appelés à la représenter dans le Comité. (*Adopté.*)

L'Assemblée décide aussi de s'adjoindre trois représentants de la Presse Médicale qui seront désignés ultérieurement. Etant donné le caractère particulier des questions à étudier par ce Comité, la présence de juristes dans son sein est absolument nécessaire, et Mes Gatineau, Liouville et Rocher, avocats, seront priés de vouloir bien lui prêter leur bienveillant concours.

Les Drs Lemière (de Lille) et Salomon (de Savigné-l'Evêque) sont désignés pour faire partie du Comité.

Pour le fonctionnement régulier du Comité, le Dr Lasalle propose que chaque groupement représenté, vote des fonds, pour subvenir aux frais de convocation, etc.

Le budget du Congrès international se soldant par un excédent, le Président déclare que ces fonds restent à la disposition du Comité. Pour résoudre cette question, l'Assemblée vote la motion suivante :

« En cas d'insuffisance de ces fonds, les Sociétés représentées seront priées de voter un subside, pour subvenir aux frais du Comité. »

Le Comité se réunira à époque fixe, deux fois par an, pendant les vacances de Pâques et dans la première quinzaine d'octobre, avec faculté pour le Président de convoquer extraordinairement en cas d'urgence.

La réunion de Pâques coïncidera avec celle de l'Association générale des Médecins de France ; celle d'octobre, avec l'Assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France et, si possible, avec celle du Concours médical.

La prochaine réunion aura lieu, en 1901, le samedi qui suivra le dimanche de Pâques et durera trois jours.

Le premier Congrès national de Médecine professionnelle et de Deontologie médicale aura lieu en 1902.

Les bureaux des sections et les sections se réuniront comme elles l'entendront et pourront prendre l'initiative de réunions extraordinaires. Le travail des sections sera autographié ou imprimé, pour être envoyé aux membres du Comité. Ces travaux seront autant que possible publiés dans les organes spéciaux et les journaux médicaux. Les représentants de la presse médicale au sein du Comité seront spécialement chargés de faire paraître les comptes rendus des séances des sections ou du Comité.

Le Comité décide, pour faciliter sa tâche, de

se diviser en quatre commissions qui correspondront exactement aux quatre sections du Congrès international.

Le Bureau est spécialement chargé de la rédaction du Code de Déontologie.

Chaque membre du Comité désignera les commissions, dont il désire faire partie. Les membres n'assistant pas à cette réunion, écriront au Secrétaire général, pour lui désigner celles dont ils désirent faire partie.

Le Président convoquera les Commissions en octobre prochain. Néanmoins ces réunions n'auront lieu qu'après la publication du compte rendu des travaux du Congrès international.

Les convocations contiendront un ordre du jour et un travail préparatoire de la rédaction du Code de Déontologie.

Liste actuelle des commissions

PREMIÈRE SECTION.

Etude des Rapports du médecin avec les collectivités (Etat ou collectivités autres que l'Etat) : MM. Jamin, Séailles, Jeanne, de Grissac, Ducor, Cellier, Gairal, Gourichon, Genesteix, Noir.

DEUXIÈME SECTION.

Etude des rapports du médecin avec les individualités (clients, etc., auxiliaires du médecin, etc., exercice illégal de la médecine, etc.) : MM. L. Duchesne, Paul Richard, Noir, Mangenot.

TROISIÈME SECTION.

Etude des Rapports du médecin avec ses confrères (déontologie) : MM. Lasalle, Blache, Philippeau, Grasset, Lereboullet, Glover, Le Baron, L. Duchesne.

QUATRIÈME SECTION.

Etude des œuvres professionnelles de prévoyance, de défense ou d'assistance médicales : MM. Lasalle, Dromain, Noir, Philippeau, Le Baron, Lande, Lannelongue, Salomon.

Le règlement modèle des hôpitaux.

Monsieur le Directeur,

Dans le n° 37 du *Concours médical* (pages 442 et suivantes), je lis deux articles, l'un de mon ami Cerné (de Rouen) se réjouissant de la plus grande part d'autorité donnée aux médecins dans le nouveau règlement modèle des hôpitaux, l'autre du docteur Duchesne (Ferrières en Gâtinais) se félicitant de voir inscrit dans ce règlement le principe du concours qu'il avait défendu. Mais, à la fin de son article, notre confrère cite le passage traitant de l'incompatibilité entre les fonctions de membre d'une commission et celle de médecin, et il ajoute : « Il faudra donc que, bon gré mal gré, ceux d'entre nous qui détiennent les charges publiques et les fonctions hospitalières en prennent leur parti et optent pour les unes ou les autres. »

Voilà ce que je ne saisis pas très bien. Cette incompatibilité est un vieux reste des idées centralisatrices et autoritaires qui, pour notre malheur, nous régissent en France.

On considère que le médecin, étant un employé, ne peut avoir une part de direction ; que la commission administrative pouvant avoir l'occasion de le punir, ne peut l'admettre dans ses rangs. Cependant les hôpitaux sont faits pour les malades, et la personne la plus compétente pour diriger un établissement de malades, est le médecin, et lui seul ne peut diriger. C'est comme si vous disiez que pour diriger un grand paquebot à vapeur on pourra être tout ce qu'on voudra, excepté marin, que pour faire marcher une machine, on pourra être tout ce qu'on voudra, excepté mécanicien.

En réalité, dans la loi qui régit les hôpitaux et dont un projet de modification se trouve dans les cartons du Sénat, on devrait inscrire : « les commissions administratives des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance seront composées de........ et d'un membre du corps médical en exercice, nommé par ses collègues. » Alors le corps médical prendrait une part active à l'administration ; il en aurait également une part de responsabilité. Le médecin ainsi nommé ne défendrait pas seulement ses idées personnelles, mais, soumis à la réélection de ses collègues, il défendrait les idées de ces mêmes collègues. Comme cela, il y aurait rapprochement et union entre les administrateurs et le corps médical ; et, de cette union, naîtraient des décisions conformes à la bonne gestion des biens des pauvres et aux progrès scientifiques. Quant à l'hypothèse que la commission aurait à sévir précisément contre ce collègue, elle est peu fondée, car les médecins ne nommeraient pas pour les représenter le moins digne d'entre eux, et, en tout cas, la commission resterait en grande majorité pour pouvoir prendre, en toute liberté, les décisions qu'elle jugerait convenables.

En attendant que cette nouvelle disposition soit votée, je ne vois pas l'intérêt qu'il y aurait à appliquer cette incompatibilité au maire d'une ville, ni même la possibilité de le faire. En effet, le médecin et chirurgien des hôpitaux est nommé au concours ; il est chef de service ; il remplit en toute conscience sa fonction ; peut-être même, par les travaux qu'il publie, il contribue à relever le niveau intellectuel et la dignité de la profession ; comment, en toute justice, irait-on dire à ce confrère : « Allez vous-en, vous êtes indigne de la place que vous occupez avec distinction, parce que, votre service fait et bien fait, vous vous consacrez au bien public en acceptant les fonctions *gratuites* de maire de la localité. En dehors du service, courez la clientèle, accaparez, même au rabais, toutes les places fixes, compagnies d'assurances, sociétés de secours mutuels, etc.; vous pourrez rester médecin des hôpitaux, mais si vous prenez une place gratuite, si vous vous exposez aux haines, aux rancunes qui sont le cortège habituel à la politique, quelle que soit d'ailleurs votre opinion, on récompensera votre dévouement à la chose publique, en vous forçant à céder cette fonction d'hôpital acquise au concours, à un confrère, aussi méritant peut-être, mais plus habile, qui, en ménageant la chèvre et le chou, a su récolter les clients qui vous ont quitté parce qu'ils ne partagent pas vos idées. » Et ensuite, le Concours qui a créé un groupe médical parlementaire, demanderait à ce groupe d'appuyer les revendications des médecins ! Mais ces membres du Parlement vous répondront : « Mes bons amis, débrouillez vous. Vous avez commencé par vous réjouir, et par réclamer que l'on nous prive, contre toute justice, de nos places, parce que nous sommes hommes po-

litiques : Eh bien, passez-vous des hommes politiques. »

Je ne vois pas non plus la possibilité d'appliquer ce passage : « *le ministre rappelle l'incompatibilité* ». Mais l'avis du ministre ne peut pas aller contre la loi. La loi dit que le maire est président né de la commission administrative des hôpitaux et bureaux de bienfaisance. Or le maire est nommé d'après la loi municipale, et dans cette loi, il n'y a aucun article disant que *ne pourront pas être élus maires les médecins des hôpitaux.* De sorte qu'un médecin des hôpitaux peut se présenter aux élections, et être nommé conseiller municipal : le conseil municipal peut alors le nommer maire et le ministre (ou le préfet, son intermédiaire) ne peut, de ce fait, le destituer ni de sa fonction de médecin des hôpitaux, ni de celle de maire, si le confrère a acquis régulièrement ces places et les a bien remplies. A mon avis, il n'y a qu'une incompatibilité : c'est celle de médecin des hôpitaux et de malhonnête homme ou d'incapable.

On peut être médecin des hôpitaux et marguiller de sa paroisse ou maire réactionnaire, républicain ou socialiste de sa ville.

Veuillez agréer, etc.

Dr Robert Sorel.
Le Havre.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Les époux « même séparés de biens » doivent les honoraires médicaux.

Jugement : Attendu que le Dr R... réclame aux défendeurs, conjointement et solidairement, la somme de 150 francs pour soins médicaux et visites au feu sieur G... pendant sa dernière maladie et, comme telle, privilégiée :

Attendu que la dame veuve G... prétend qu'elle était séparée de biens d'avec son mari et qu'elle n'avait pas appelé le médecin pour donner ses soins à son mari ;

Attendu que le sieur G... fils, a de son côté soutenu que, n'ayant pas hérité de son père, il ne devait pas les dettes de son père ;

En ce qui concerne la veuve G... ;

Considérant que les époux se doivent mutuellement secours et assistance, que la femme même séparée de biens doit contribuer aux frais du ménage et même les supporter entièrement s'il ne reste rien au mari ;

En ce qui concerne le sieur G... fils :

Considérant que les enfants doivent secourir leurs ascendants dans le besoin ;

Que d'ailleurs les soins médicaux ont été donnés au sieur G... père au domicile commun et que ni la veuve de G... ni le sieur G... son fils n'ont pu les ignorer et ne peuvent pas aujourd'hui se soustraire au payement;

Considérant que la dame veuve G... et le sieur G... n'allèguent même pas qu'ils aient renoncé à la succession de leur mari et père ;

Que, dans ces conditions.... condamnons...

Rapport sur une question d'honoraires médicaux contestés dans un cas de faillite.

Par Decori.

M. F... avait donné ses soins à un nommé Z..., qui fut arrêté, jugé et condamné après faillite. Il présenta une note comprenant les soins donnés pendant les deux années qui avaient précédé la faillite (1894 et 1895) et demandant pour ces deux années le privilège attribué aux soins donnés pendant la dernière maladie. Le commissaire n'alloua à M. F... que 100 francs, c'est-à-dire le paiement des mois de septembre et novembre 1895.

En août 1895, en effet, le malade n'avait reçu aucun soin de M. F... Il était allé faire une cure à Vichy.

M. F... allègue que la maladie remonte, en réalité, à deux années et que le séjour à Vichy n'était que la continuation du traitement entrepris.

Il demande, en outre, s'il peut recourir au témoignage de M. G.... qui a été appelé en consultation et de M. X..., qui a soigné le malade pendant son arrestation.

1re question : Qu'entend-on par les mots : dernière maladie ? La Société de médecine légale a donné à cette question la réponse suivante : « Sous le nom de dernière maladie, il faut entendre non pas un état morbide dont l'aggravation ou le développement ont ultérieurement entraîné la crise finale, mais seulement la période terminale de cet état, crise qui ne comporte aucune rémission sérieuse et durable du mal, mais qui doit amener la mort à bref délai. »

Dans le cas qui nous est soumis, il y a eu interruption, la période ultime est celle qui s'est écoulée entre septembre à fin novembre 1895. Il semble donc que l'interprétation du juge commissaire est justifiée et qu'elle n'est, d'ailleurs, que la saine interprétation et la triste application des principes posés par la jurisprudence et sanctionnés par les travaux de la Société de médecine légale.

2e question. En ce qui concerne le secret professionnel, il nous semble que la question fait encore moins de difficultés ; l'article 378 du Code pénal punit la révélation du secret professionnel hors le cas où la loi oblige à se porter dénonciateur. Ici, l'intérêt particulier du médecin traitant est seul en cause ; rien n'autorise le médecin ou son confrère consultant à révéler le secret qui leur a été confié à raison de l'exercice de leur profession.

Nous estimons donc, répondant aux questions qui nous sont posées :

1° Que le privilège des honoraires médicaux doit être restreint à la période comprise entre les mois de septembre et novembre 1895 ;

2° Que ni M. F... ni M. G... ne peuvent donner quelque renseignement que ce soit sur la nature de la maladie du sieur Z..., ni sur le caractère du traitement auquel il a été soumis.

Le médecin doit-il soigner gratuitement le pharmacien ?

Pas mal de praticiens donnent bénévolement leurs soins aux pharmaciens et même aux accoucheuses. On a plaidé récemment la question de savoir s'il s'agit d'un *usage* constant.

D'après une étude de Jacquey, dans l'*Echo médical du Nord*, les conventions tacites ont, en droit, la même force obligatoire que les conventions expresses. Il en est ainsi principalement de celles qui résultent de l'usage, *nam diuturni mores consensu comprobati legem imitantur*, disait déjà l'empereur Justinien dans ses *Institutes*.

Une seule condition est nécessaire : il faut, mais il suffit, que celui qui invoque l'usage en démontre l'existence.

Ces principes étant rappelés, y a-t-il, entre médecins et pharmaciens, une convention tacite par laquelle le médecin qui soigne un pharmacien s'oblige à le faire gratuitement ? C'est demander s'il existe entre médecins et pharmaciens des *diuturni mores consensu intentium comprobati* d'après lesquels les visites faites par les premiers aux seconds seraient gratuites. Or, la question a été récemment soumise à la justice dans les circonstances suivantes :

L'héritier d'un médecin, le docteur Bellangé, ré-

clamait à un pharmacien, M. Debachy, une somme de 99 francs pour soins et visites. Et, sur le refus de paiement de ce dernier, poursuite avait été intentée contre lui devant le juge de paix du XI° arrondissement de Paris. M. Debachy appuyait sa résistance uniquement sur cette allégation que « suivant un usage constant, les visites faites par un médecin à un pharmacien sont gratuites ».

Restait à faire la preuve de l'existence de cet usage.

M. Debachy n'y réussit pas. Le juge de paix s'éclaira des lumières d'un expert, et, sur le rapport de cet expert, condamna M. Debachy, en se fondant sur les considérations suivantes :

« Attendu qu'il est constant que l'usage allégué n'existe pas en tant que règle devant s'appliquer entre tous, médecins et pharmaciens : — que si, en fait et ordinairement, le médecin qui est en rapport d'affaires et de clientèle avec un pharmacien ne réclame pas à ce dernier le prix de ses visites, cela s'explique par un échange de bons procédés, par la réciprocité des services rendus ; — mais ce fait, purement volontaire et gracieux ne saurait constituer une règle qui doive empêcher un médecin de réclamer le prix de ses visites à un pharmacien avec lequel il n'est pas en rapport habituel, et qui ne lui rend pas de services ; — Attendu qu'en l'espèce, le docteur Bellangé, de l'aveu même de Debachy, n'était pas son médecin habituel ; — que le docteur Bellangé fut appelé par Debachy en l'absence et pendant une maladie du médecin ordinaire.... » — Justice de paix de Paris, XI° arrondissement, 5 avril 1899, rapporté dans la *Revue des Justices de paix*, numéro de mai 1900, p. 217. »

REPORTAGE MÉDICAL

L'imprévoyance française. — Dans une promenade à l'Exposition, nous avons parcouru la classe 109 (Groupe XVI. — Institutions de Prévoyance) et notre attention a été attirée par le tableau exposé par la Caisse de retraites des officiers de réserve et de l'armée territoriale, société amicale et humanitaire, dont le ministre de la guerre est président d'honneur, et qui a son siège 40, rue Laffitte.

Nous avons constaté, avec un pénible étonnement, que sur les 40,000 officiers ou assimilés qui composent les cadres de notre armée de seconde ligne, 850 officiers seulement ont adhéré à cette association de prévoyance, malgré les avantages qu'elle leur offre.

Décidément les médecins n'ont pas le monopole de l'indifférence en cette matière.

Le Concours pour les bourses de doctorat en médecine. — Il s'ouvrira le 26 octobre, au siège des Facultés, et les candidats s'inscriront jusqu'au 19 octobre au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie) ;

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le 1er examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie).

b) Une composition d'histologie ;

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le 2° examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition de physiologie.

b) Une composition de chirurgie ;

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le 3° examen probatoire.

Les épreuves sont :

a) Une composition de médecine.

b) Une composition de chirurgie.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de 1re année.

Nomenclature internationale des causes de décès. — Les délégués officiels au Congrès international d'hygiène et de démographie, qui s'est tenu à Paris du 10 au 17 août 1900, se sont réunis en Commission internationale et ont décidé que pour rendre comparables entre elles les statistiques nosologiques des différents pays, il y avait lieu d'adopter une nomenclature uniforme.

La Commission a désigné comme telle la statistique établie pour la ville de Paris par M. Jacques Bertillon, et tous les délégués, sauf un, ont pris l'engagement de la recommander à leurs pays respectifs pour qu'elle soit en usage à partir du 1er janvier 1900, c'est-à-dire dès le commencement du XX° siècle. D'ores et déjà, il est acquis que la nomenclature française sera la seule usitée dans les deux Amériques et dans bon nombre de pays d'Europe.

Ce sont là choses très bonnes en théorie. Mais il règne tant de fantaisie dans l'indication des causes de décès que l'exactitude des résultats restera très problématique.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4550. — M. le docteur TARISSON, de Plouevez-Porzay (Finistère), présenté par M. le docteur Richard, de Rosporden.

N° 4551. — M. le docteur SAINT-CYR, de Nouvion et Catillon (Aisne), présenté par M. le docteur Brassart, de Villers-Cotterets.

N° 4552. — M. le docteur LOHÉAC, de Gourin (Morbihan), membre du *Sou médical* et présenté par MM. les docteurs Richard-Lesay, de Lille, et Richard, de Guémené-sur-Scorff (Morbihan).

N° 4553. — M. le docteur COLLOMB, de Douvaine (Haute-Savoie), présenté par M. le docteur Lochon, de Thonon (Haute-Savoie).

N° 4554. — M. le docteur PERRION, de Nantes (Loire-Inférieure), membre de l'Association et du Syndicat des médecins de la Loire-Inférieure.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs les décès de MM. les docteurs COLNOT, de Pontavert (Aisne), et LAMBERT, de Nice (Alpes-Maritimes), membres du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 40 6 OCTOBRE 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Société civile du « Concours Médical »

Séance du 21 septembre 1900.

Présents : MM. Gassot, Jeanne, Maurat.

M. Cézilly, excusé.

M. le Dr H. Cézilly est prié d'assister à la séance.

Dépouillement de la correspondance et discussion des mesures à prendre.

La date de l'Assemblée générale est fixée au dimanche 18 novembre 1900.

Avis en sera donné *au Comité national des sociétés de défense professionnelle.*

La date de la réunion préparatoire à l'assemblée générale est subordonnée à la terminaison du travail d'inventaire de l'Association amicale.

Les commissions seront convoquées pour le même jour.

Le Conseil s'associe, par le vote d'une somme de 20 fr., au témoignage de sympathie du Syndicat de la Seine, en faveur de son président, M. le Dr Jamin.

A propos de la loi sur la pharmacie, il adopte l'offre faite par M. le Dr Salomon d'envoyer aux médecins députés un certain nombre de brochures de son travail publié au n° 35 du *Concours médical.*

Le Trésorier donne connaissance des numéros des obligations qui ont été achetées.

Société civile du Concours médical.

2 obligations Ville de Paris 1899, nos 89.252 et 89.253.

2/4 d'obligation Ville de Paris 1899, nos 393,140 et 393.141.

Caisse de prévoyance des assurés sur la vie.

1 obligation Ville de Paris 1899, n° 41.128.

3/4 d'obligation Ville de Paris 1899, nos 393.142, 393.143, 393.144.

Sou médical.

Séance trimestrielle du 24 septembre 1900.

Présents : MM. Lepage et Maurat, vice-présidents ; Gassot, trésorier ; Jeanne, secrétaire-général ; Mignon, secrétaire des séances.

Excusés : M. le Dr A. Cézilly, président, représenté par son fils, M. le Dr H. Cézilly ; M. Gatineau, avocat, conseil judiciaire, qui a remis ses avis au Secrétaire général ; MM. les Drs Le Gendre, Bazot, de Grissac, Rousseau, membres du Bureau.

Rapport du Trésorier.

M. le Dr Gassot donne lecture de la situation de la Caisse au 30 septembre, afin que le Bureau tienne compte de l'état de nos ressources dans les décisions et engagements qu'il serait appelé à prendre au cours de la séance.

Caisse au 30 juin :

Espèces à la Société générale...		8.004 15
Espèces en caisse..............		766 40
		8.770 55
Du 30 juin au 20 septembre :		
Recettes............	1.144 75	765 85
Dépenses............	378 90	
		9.536 40

M. le Dr Gassot ajoute que la négligence d'un grand nombre de sociétaires, et, malheureusement aussi, l'irrégularité de certains dizainiers dans l'envoi des fonds ou leur recouvrement, rend sa tâche particulièrement pénible.

Après examen de certains faits probants qui lui sont soumis par le Trésorier, le Conseil décide qu'il étudiera les divers moyens d'amener l'uniformité et la régularité dans les re-

couvrements, de façon à rendre vraiment possible la tenue d'une comptabilité *constamment à jour*. Il y a là une indication formelle à remplir dans la gestion d'une œuvre dont l'intervention doit être souvent promise soit par dépêche, soit, du moins, dans des délais très courts.

Rapport du Secrétaire général sur les affaires terminées.

Messieurs,

C'est toujours une satisfaction pour votre Secrétaire général que de vous parler des affaires terminées, parce que, grâce à la sagacité et au zèle de notre Conseil judiciaire, nous avons la douce habitude d'atteindre presque toujours le succès.

1. — M. le Dr L. de T. ayant adressé sa note d'honoraires au chef d'entreprise qui lui avait demandé ses soins pour un ouvrier couvert par la loi de 1898, vit une Compagnie d'assurances se substituer au patron pour contester le chiffre de cette note et en proposer la réduction à un total ridicule. L'arbitrage du Syndicat régional sur ce litige, accepté par les deux parties, donna pleinement gain de cause à notre confrère. Mais alors la Compagnie se refusa à l'exécution. Saisis à ce moment de la plainte de notre Sociétaire, vous m'avez donné mandat de lui répondre: « Ignorez désormais la Compagnie, puisque vous n'êtes lié à elle par aucun contrat, et, après avoir prévenu le chef d'entreprise de ne pas se formaliser du procédé, qui ne le vise pas en définitive, poursuivez-le devant le juge de paix en demandant l'application formelle du 1er paragraphe de l'article 4 de la loi sur les accidents, qui prévoit sans conteste votre cas. »

Le conseil a été suivi. Et alors, apprenant que la Compagnie avait cherché à circonvenir le juge de paix qui, d'ailleurs, répondit en taxant sur le tarif du Syndicat, le chef d'entreprise, outré de la manœuvre, vint de lui-même acquitter la note.

Comme vous le voyez, Messieurs, vous avez été bien inspirés, en intervenant dans cette question *à cause de la jurisprudence à confirmer dans les applications médicales de la loi sur les accidents du travail.*

2.— Nous avons dit un mot dans le journal, de ce curieux arrêt d'un juge de paix de la Seine qui s'est déclaré incompétent, il y a quelques mois, *parce que le médecin demandeur n'avait pas le droit, disait-il, d'abaisser sa note dans le but de rester tributaire de sa juridiction,*

M. le Dr L. de C., mis en garde, par votre Secrétaire général, contre la possibilité, dans un cas analogue, de voir la partie adverse lui opposer des conclusions basées sur cet arrêt, *résolut de passer outre dans l'espoir d'infirmer cette jurisprudence par une sentence contraire.* Nous ne pouvions que nous intéresser à cette tentative. Notre confrère nous en fait connaître en ces termes le résultat favorable :

« Le client, assisté d'un homme d'affaires, demanda l'incompétence en disant que je n'avais pas le droit de réduire ma note pour changer de tribunal. Le juge de paix demanda s'il y avait eu un compte arrêté entre nous. On répondit non. « *Alors, dit le Juge de paix, de même que vous étiez libre d'augmenter en conciliation votre offre, le Dr L. était libre de réduire sa demande. De plus, sur la feuille de citation, je vois que c'est 200 fr. qu'il vous réclame, par conséquent, je me déclare compétent.* »

Ensuite le juge de paix condamna le client à me payer les 200 fr. demandés, dont 120 fr. pour 12 visites à 10 fr. et 80 fr. pour les chloroformisations.

Si le client n'en appelle pas au Tribunal civil, je puis donc dire que j'ai gagné complètement mon procès.

Je tiens, en terminant, à vous remercier vivement de l'intérêt que vous avez pris à mon affaire. S'il y avait du nouveau je vous mettrais au courant. »

3. — Notre intervention en faveur de M. le Dr B. de E. nous a fourni l'occasion de faire prévaloir, à propos de règlement d'honoraires, le bien fondé d'une assertion par nous émise dans la rédaction du *Tarif général des honoraires médicaux*, à savoir : « *qu'en cas de collaboration médicale ou médico-chirurgicale, les collaborateurs devaient rester solidaires jusque dans la recherche de l'indemnité qui leur est due, et que le médecin traitant était seul qualifié pour présenter la demande collective et en poursuivre la reconnaissance.* »

En effet, M. le Dr B., notre sociétaire, ayant quelque peine à recouvrer les honoraires dus à lui et à un collaborateur qu'il avait appelé pour une intervention chirurgicale, celui-ci prit l'initiative d'une action judiciaire. Il fut débouté de sa demande pour les raisons que nous venons de rappeler.

Quand, à ce moment, M. le Dr B. nous demanda conseil, nous lui répondîmes : « C'est à vous qu'il appartenait de poursuivre. Faites-le, et réclamez la somme que vous avez fixée au client après pourparlers et concessions de votre part. »

Voici la réponse de notre confrère :

« J'ai suivi votre avis, mais au lieu de 150 fr., j'en ai, quand même, réclamé 200.

Ma cliente a demandé huit jours pour se défendre. Après que le défenseur eut parlé, le juge renvoya la cause à huitaine, et, dans l'intervalle, on a proposé à l'homme d'affaires chargé de ma créance la somme de 150 fr. nets, tous frais payés.

J'ai accepté.

Il n'y a pas eu de jugement. Le juge avait fait pressentir qu'il rendrait un arrêt dans ce sens. »

4. — M. le Dr B. nous avait adressé un appel ainsi conçu :

« Comme adhérent au Sou médical, je vous prie de me donner votre avis dans le cas suivant :

J'ai fourni en 1897, comme les années précédentes, mon compte de fin d'année pour l'assistance médicale gratuite de la commune de St-A. En mai 1898, n'ayant pas reçu mon mandat, je demandai pour quelle cause on l'avait retenu, et le maire, qui m'est très hostile, m'allégua une raison qui me paraît mauvaise et qu'on trouve mauvaise même à la Préfecture où je me suis adressé, mais sur laquelle le maire se tient fort pour refuser sa signature. Cette raison, la voici :

Sur deux feuilles de maladie, j'ai oublié chez les malades d'inscrire quelques visites, inscrites le soir chez moi sur ma feuille particulière ; de plus, dans mon cabinet, je n'ai pu inscrire quelques consultations faute de la feuille d'un consultant, feuille oubliée chez lui. Par suite, défaut de concordance entre les feuilles de deux malades et celles du médecin. J'ai vainement et péremptoirement prouvé

l'exactitude de mes comptes, soit par mes livres, soit par les comptes du pharmacien, possédant autant de bons que j'avais de visites et de consultations, soit par le témoignage des malades eux-mêmes, qui ont certifié la véracité de mes deux feuilles ; le maire n'a pas cédé et refuse quand même sa signature et cela pour un simple vice de forme. Que dois-je faire ? A la Préfecture, où l'on ne demande qu'à payer, mais où l'on a besoin de la signature du maire, on m'a dit d'en appeler au juge de paix, devant lequel assurément, m'a-t-on dit, mes livres feraient foi. Je ne me déciderai qu'après votre avis. »

Il ne s'agissait ici que d'un règlement d'honoraires, au moins en apparence. Mais, au fond, c'était la défense de nos intérêts contre les abus et les exploitations des collectivités, qui était en cause, et, fidèles à votre programme, vous m'avez dit d'écrire le grand mot : « Poursuivez, suivant le conseil de la Préfecture ; nous payerons, quoi qu'il arrive. »

Messieurs, voici la réponse : elle est de la semaine dernière :

« Grâce à la crainte des poursuites que vous me conseillez, en me couvrant pécuniairement, l'affaire peut être considérée comme arrangée désormais. »

5. — M. le Dr L. de L. nous avait demandé notre avis touchant : 1° des poursuites à exercer contre un client XXe siècle, dont il nous a montré le caractère dans une curieuse plaquette adressée aux médecins de la région; 2° le chiffre de sa note ; 3° la valeur de certaines menaces de demande reconventionnelle visant la valeur de ses soins. Nous lui avions répondu : « Allez, poursuivez, nous sommes derrière vous, puisque vous redoutez une question de responsabilité médicale qui, à notre avis, ne tient pas debout. »

M. le Dr L. a poursuivi. Le juge, très embarrassé (une fois n'est pas coutume malheureusement) de savoir si la note n'était pas exagérée, l'a faite expertiser par M. le Pr G. Sur rapport favorable de ce maître, notre sociétaire a eu pleinement gain de cause, sans que d'autres incidents aient été soulevés.

6. — M. le Dr Th. nous écrivait il y a quelques mois :

Il me tombe sur les bras une affaire, dont vous trouverez les détails dans l'assignation ci-contre.

Installé depuis 18 mois ici, je me suis heurté à une sage-femme, type de campagne, très malpropre. Je me suis insurgé à la suite de plusieurs fautes lourdes de sa part : ophtalmie d'un nouveau-né qui a perdu un œil par ignorance de la gravité du cas, infection puerpérale avec décès chez une accouchée. Ces *faits se sont passés il y a* 5 *mois*. J'ai remis mon affaire entre les mains d'un avocat, maître G., de C., qui veut conclure à l'irrecevabilité de la demande par assimilation de prescription.

Je crois utile de vous prévenir, vous demandant un conseil au nom du Sou et son appui si possible.

Dans l'espoir que vous voudrez bien vous intéresser à mon sort, je vous prie d'agréer l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr T.

Nous nous sommes intéressés à cette affaire, très analogue au procès gagné par notre sociétaire M. le Dr Codet, de Lamballe, en 1899, tout en reconnaissant que, dans ces sortes de questions, les médecins manquent trop souvent de circonspection, et portent parfois des accusations un peu à la légère, de façon à encourir des poursuites méritées en diffamation.

Nous avons reçu dernièrement cette lettre :

Mon affaire est venue il y a 8 jours au tribunal de L., qui a remis sa décision à huitaine.

Hier donc il a admis les conclusions d'incompétence déposées par mon défenseur.

L'affaire est enterrée, je crois.

Je vous communiquerai les considerants du jugement.

Dr T.

7. — M. le Dr D., de F. B., docteur en médecine et pharmacien de 1re classe, désirait être fixé sur son droit, reconnu par la législation actuelle, de vendre des médicaments à *ses* malades, *ses seuls* malades, sans tenir officine ouverte. Il nous demandait de lui fournir tous éclaircissements.

M. Gatineau l'a fait, en rédigeant, sous forme de consultation, un exposé précis, détaillé, complet, de la jurisprudence en matière de double exercice, suivant qu'on envisage la législation en vigueur ou celle projetée et peut-être prochaine.

Le journal a publié ce travail documentaire, comme il l'avait fait pour d'autres, tels que celui de M. le Dr Lande sur les honoraires médico-légaux, et, en le lisant, nous nous sommes pris à regretter, une fois de plus, que les membres du Sou ne soient pas encore tous abonnés du journal, car ils s'épargneraient ainsi bien des déboires, et diminueraient utilement le nombre des appels qui nous sont adressés.

8. — Je ne crois pas nécessaire de relever la liste des menus services qu'il nous a été donné de rendre sans convoquer le Conseil de la Société. Ce sont des avis que vous avez pu lire à la petite correspondance du journal et qui n'étaient pas de nature à engager notre crédit moral ou nos ressources financières. Ils n'en ont pas moins donné satisfaction aux intéressés qui vous remercient par les lettres que je mets sous vos yeux.

Après lecture et approbation de ce rapport, qui ne touche que les affaires réglées, M. le Président donne de nouveau la parole au Secrétaire général au sujet des *Affaires en cours*.

« De toutes celles, reprend le Secrétaire, qui ont été portées, avec notre assentiment, devant les tribunaux, avant la réunion de juin, nous sommes sans nouvelles. Cela se comprend, d'ailleurs, et ne doit pas nous inquiéter, attendu que le trimestre qui se termine est celui des vacances de la magistrature.

Mais, il en est une, celle de M. le Dr L. de J., que vous aviez résolu d'y laisser porter, et au sujet de laquelle nous sont venus des renseignements, qui rendent le succès absolument improbable.

(*Le Conseil, après examen attentif des renseignements fournis, décide de maintenir sa décision sans l'espoir d'obtenir pour le confrère quelque satisfaction.*

L'ordre du jour appelle ensuite l'examen des réponses à faire aux demandes *nouvelles* dont le Conseil est saisi.

1. 2. 3. 4. — En première ligne, par ordre de date, se présentent celles de MM. les Drs H., de M. ; F., de H. ; M., de J. S. T. ; B., de C. — Elles ont entre elles la plus complète ressemblance. Nos confrères, poursuivant, sans avoir demandé no-

tre appui, le recouvrement d'honoraires modestes, légitimement dus, et réclamés sans hâte, se sont vu opposer des demandes reconventionnelles en dommages-intérêts (et même, pour l'un d'eux, une menace de plainte au Parquet), parce que les clients trouvaient insuffisant le résultat des soins et invoquaient la faute lourde ! !

Le Conseil, bien documenté sur les quatre litiges, et frappé du développement que prend cette singulière et dangereuse façon de reconnaître les services du médecin, promet tout son appui aux intéressés, et les recommande à toute la sollicitude du Conseil judiciaire.

5. — M. le Dr D., de P., avait reçu jadis une consultation de M. Gatineau sur une question de responsabilité d'honoraires visant le cas de la domestique et du maître. Il en a usé pour sa réclamation. Les deux dernières lettres du dossier qu'il soumet au Conseil contiennent des offres de payement intégral émanant à la fois des héritiers du maître et de ceux de la domestique : on ne discute plus les chiffres, la responsabilité ; on ne parle plus de prescription.

Le Conseil, considérant que, dès lors, il ne s'agit plus que d'un recouvrement d'honoraires sans litige d'une portée générale, déclare son mandat terminé et conseille au Sociétaire de se faire payer de la façon qui lui paraîtra la plus équitable et la plus conforme à ses intérêts.

6. — M. le Dr B., de St-A., a été requis verbalement par un secrétaire de mairie pour aller, la nuit, à plusieurs kilomètres de sa résidence, au secours d'un vidangeur tombé asphyxié dans une fosse d'aisances. Il a répondu à l'appel, épuisé sans succès toutes les manœuvres pour rappeler le malheureux à la vie, pendant plus d'une heure et dans les agréables conditions que l'on sait. Il réclame 20 fr. à la municipalité requérante.

Le maire admet comme valable la réquisition de son secrétaire et en prend la responsabilité, mais il se refuse à payer plus de 10 fr.

Le Conseil, considérant qu'il y a là encore une exaction révoltante, et rien de plus à envisager, invite le confrère à poursuivre judiciairement, s'il le faut, et donne l'appui moral et pécuniaire de la Société.

7. — M. le Dr D... avait pris un remplaçant en partant pour un voyage de plusieurs mois. Un acte sous-seing privé portait :

1° Que M. D. pourrait interrompre le remplacement en prévenant dans un délai de dix jours ;
2° que le remplaçant prenait l'engagement de ne pas s'installer après la période (1er oct. 1900) dans un rayon de 20 kilomètres de cette résidence.

Or, le 1er septembre, ce remplaçant, roumain d'origine, déclarait rompre l'engagement par lui signé, quitter immédiatement le domicile du confrère et se fixer dans le pays.

De plus, M. D. ne l'ayant payé que jusqu'au 1er septembre (parce qu'il partait de lui-même), le remplaçant l'a cité en justice de paix exigeant le payement de dix jours supplémentaires.

M. le Dr D... ne s'est pas présenté et introduit une demande reconventionnelle, pour le préjudice porté par défaut d'observation de l'engagement.

Le Conseil décide qu'il met à la disposition de M. le Dr D. le concours de M. Gatineau, et que la caisse participera, dans la mesure possible, aux frais du procès, attendu qu'il ne peut se désintéresser du droit pour le médecin de se faire remplacer avec sécurité, quand il a assuré celle-ci par un engagement auquel un médecin français ne voudrait jamais faillir.

8. — M. le Dr M. adresse la lettre suivante :

Lorsqu'un ou plusieurs pharmaciens se refusent à vendre des spécialités : Dragées de la Reine du fer, eaux minérales, glycophosphure, etc., etc, sous prétexte que leur bénéfice est trop faible et que ces spécialités rapportent au médecin qui les prescrit, ce dernier a-t-il le droit :

1° d'envoyer les clients à d'autres pharmaciens qui détiennent les dites spécialités ; ou
2° d'engager les clients à demander directement les produits aux maisons qui les fabriquent ou les exploitent, ou
3° d'écrire lui-même à ces maisons pour les prier d'envoyer les drogues à leurs clients.

Le Syndicat des pharmaciens de mon département paraît mettre ces droits en doute et montre les dents.

Le Conseil répond que, dans l'état actuel de la législation, le médecin placé dans le cas signalé ci-dessus, a le droit d'user des divers procédés en question pour assurer au malade le bénéfice de la prescription, seul point qui importe d'ailleurs.

9. — M. le Dr C. de M. fait poursuivre, en vertu de l'arrêt du 4 déc. 1872, de la Cour de cassation, comme solidairement responsable des honoraires, la personne qui l'a demandé pour donner ses soins à un malade. L'avoué chargé des intérêts de notre sociétaire demande à être documenté sur les applications déjà faites de cette jurisprudence.

Le Conseil décide que satisfaction sera donnée par le Secrétaire général qui a entre les mains les éléments nécessaires.

10.— M. le Dr G., qui a envoyé son adhésion au Sou médical le 12 juillet, et sur l'admission duquel il sera prononcé à la séance de ce jour, demande l'appui de la Société au cours d'un litige qui date de plus d'un an, et dont le dossier n'est pas entre nos mains.

Le Conseil, considérant que l'adhésion tardive de notre confrère lui enlève tout droit à la protection du Sou, en ce qui concerne l'affaire antérieurement engagée, passe à l'ordre du jour.

11. — M. le Dr C., de S.-le-P., adresse un mémoire très soigneusement établi en demandant l'appui du *Sou médical* pour obtenir, en ce qui le concerne, l'observation de la convention franco-belge sur la médecine des frontières.

Le Conseil, se souvenant que notre effort d'il y a deux ans sur ce sujet est resté sans résultat, et informé par les procès-verbaux du Congrès international de déontologie, qu'une nouvelle tentative serait faite par le Comité permanent des œuvres de défense professionnelle, décide que la demande et le mémoire seront transmis à celui-ci avec recommandation d'urgence.

12° — M. le Dr V. d'E., assigné pour déposer comme témoin dans une affaire de rixe, devant le juge de paix chargé de l'instruction, et n'ayant eu à répondre, dit-il, que comme médecin, se vit taxer au chiffre des témoins ordinaires, perdant le bénéfice de l'art. 9 des nouveaux tarifs.

Sur le conseil du Secrétaire général, qui lui fit savoir qu'il y avait des précédents favorables, il adressa une réclamation au Ministre de la Justice, et obtint du Parquet cette réponse... au juge de paix taxateur :

Monsieur le Juge de Paix,

M. le Garde des Sceaux, saisi d'une réclama-

tion formulée par le Dr V.., médecin à E.., qui se plaignait de ce que vous ne lui aviez alloué que la taxe de comparution de un franc à raison de sa déposition dans une affaire Reumont, estime, comme vous, que le réclamant ayant été entendu comme témoin et non comme expert, ne peut bénéficier de la disposition de l'art. 9 du décret du 21 novembre 1893. Dans ces conditions, votre taxe est régulière. »

Le Conseil estime qu'il serait sans doute difficile d'amener la chancellerie à se déjuger au sujet de la présente affaire. Il décide : 1° que le Concours médical publiera une étude de la question, avec une instruction précise sur la conduite que doit tenir le médecin pour éviter cette interprétation défavorable ; 2° qu'il se fera un devoir d'appuyer ensuite toute réclamation consécutive à l'observation certaine des formalités requises.

13° Les relations du corps médical et de la *Fraternelle médicale et pharmaceutique*, société que connaissent les lecteurs du Concours, paraissent n'avoir abouti jusqu'ici.... qu'à des procès, dans lesquels nous avons à soutenir, et nos sociétaires intéressés, et la cause corporative en général.

Le Secrétaire général expose que ces procès sont de deux ordres. L'un est dirigé contre M. le Dr F... pour un article publié dans le *Réveil médical* et reproduit dans le *Bulletin du Syndicat de Lille*, tous deux poursuivis conjointement d'ailleurs. Un jugement rendu par défaut, le 8 août, au Tribunal de la Seine avait acquitté les uns et les autres ; mais il en a été interjeté appel.

Les autres actions sont intentées par la même Société à des confrères des Syndicats de Lille et de Roubaix, qui, après avoir signé sans le savoir, de vagues engagements, se sont entendus pour réclamer l'annulation de ceux-ci, quand ils ont connu : 1° les moyens employés pour obtenir leurs signatures ; 2° l'absence de clients constituant la raison d'être des contrats.

Le Conseil, adoptant les vues de Mes C. et G., décide : 1° de supporter les dépenses relatives à l'appel du procès du Dr F., qui sont réclamées, indiquées et prévues dans les lettres des défenseurs ; 2° de se tenir à la disposition des Syndicats de Lille et de Roubaix pour une participation aussi large que possible aux frais des autres affaires.

Vu l'heure avancée et l'absence d'une fraction des membres du Bureau, l'étude d'un projet de modification des statuts, s'inspirant de l'idée émise par M. le Dr Secheyron (de Toulouse), est renvoyée à une séance ultérieure.

Le Conseil se sépare après avoir prononcé les admissions suivantes :

MM.

502 Lechevallier, Dives (Calvados).
503 Boignard, Méru (Oise.)
504 Heurteau, Fay-aux-Loges (Loiret).
505 Huette, Montargis (Loiret).
506 Mignon, Amouchas (Constantine).
507 Bertron, Vaiges (Mayenne).
508 Lasalle, Lormont (Gironde).
509 Piot, Le Coteau (Loire).
510 Lagente, Chatillon-Coligny (Loiret).
511 Gouas, La Croix-Saint-Leuffroy (Eure).
512 Weiss, Conzances-aux-Forges (Meuse).
513 Garlopeau, Thoiry (Seine-et-Oise).
514 Vienne, Lille (Nord).
515 Dropez, Fayl-Billot (Haute-Marne).
516 François, Montfort-le-Rotrou (Sarthe).
517 Vaillant, Fismes (Marne).
518 Ducloux, Cette (Hérault).

Le Secrétaire des séances,
Dr Mignon.

Association amicale.

Séance du 21 septembre 1900.

Présidence de M. le Dr Maurat, vice-président.

Sont présents : MM. les Drs Gassot, trésorier, Jeanne, secrétaire-général, H. Cézilly, Mignon.

Excusé : M. le Dr Cézilly, président.

En l'absence de M. le Dr Archambaud, M. Mignon est secrétaire de la séance.

Le Conseil vote les indemnités suivantes :

Nos	Jours à 10 fr.		Jours à 3.33		OBSERVATIONS	TOTAL
1	60(1/2 B)	300	6(1/2 B)	9.95		369.95
54	19	190				190
74	60	600	14	46.60		646.60
80	43	430				430
82			30	100		100
116	19	190	77	255.50		445.50
137	30	300				300
150			90	300		300
184					Indemnité refusée pour déclarations incomplètes à l'admission dans la Société. Démission acceptée.	
201			90	300		300
218	10	100				100
224			15	50		50
227	3	30	148	493.50	Amende de 180 fr.	343.50
249	42	420				420
272	2	20				20
284	11	110				110
287			150	500		500
311	17	170				170
312	35	350				350
330	30	300				300
338	60	600				600
343			17	56.60		56.60
359	15	150				150
377	37	370				370
380	3	30			offerts pour propagande	30
387	60	600	32	106.65		706.65
395	60	600	82	273.25		873.25
401			13	43.25	Décédé.	43.25
438	8	80				80
462	45	450				450
488			90	300		300
501			90	300		300
516	6	60				60
544	12	120			Décédé.	120
551			20	66.60		66.60
561	5	50				50
584	20	200				200
593	3	30				30
Tot.	715 j. = 6.850		+ 964 j. =	3.201.90 francs.		= 9.871.90

Le Conseil enregistre avec regret les décès de trois sociétaires : MM. Porson et Moussier (de Nantes) et Komorowski (de Mondoubleau, Loir-et-Cher).

Il prononce ensuite les admissions suivantes :

Combinaison A.

Drs Verhaeghe, Lille (Nord) ; Lohéac, Gourin (Morbihan) ; Villaret, La Mure (Isére) ; Briquet, Armentières (Nord) ; Dormoy, Molières-sur-Cèze (Gard) ; Roger, Limeray (Indre-et-Loire) ; Gruzu, Nice (Alpes-Maritimes).

Combinaison B.

Drs Monmarson, Parc-Saint-Maur (Seine) ; Bernardbeig, Le Havre (Seine-Inférieure) ; Augé, Pontchâteau (Loire-Inférieure) ; Balp, Draguignan (Var) ; Pelloquin, Draguignan (Var) ; Isnel, Vizille (Isère) ; Piot, Le Coteau (Loire) ; Cézilly, Coye (Oise) ; Robert, Marcillat (Allier) ; Viaud, Agon (Manche) ; Laurent, Vitrey (Haute-Saône) ; Chesnay ; Saint-Aubin-du-Cormier (Ille-et-Vilaine) ; Laurencin, Mâcon (Saône-et-Loire) ; Brun-Bourguet, Puget-Ville (Var).

Combinaison 1/2 B.

Dr Dufour, Alassac (Corréze).

MM. Jeanne (n° 4) et Gonthier (n° 99) sont autorisés à passer de la combinaison A à la combinaison B à dater du 1er octobre 1900.

Le Secrétaire général informe le Conseil que les documents ont été remis à l'actuaire pour l'inventaire prévu aux statuts. Le Conseil décide qu'il tiendra la réunion préparatoire de l'Assemblée générale, dès qu'il aura été mis en possession des calculs et de la situation.

A cette réunion, il pourra être prononcé sur l'admission de plusieurs confrères qui se sont trouvés retardés dans l'envoi de leurs dossiers, par une cause indépendante de leur bonne volonté.

Pour le Secrétaire des séances,
Dr Mignon.

LA SEMAINE MÉDICALE

Nouveau moyen de constater la mort réelle.

Le *Journal de médecine de Paris* signale le procédé suivant pour permettre de constater la mort d'une manière infaillible : Il suffit, dit notre confrère, de produire une ampoule sur un doigt de la main ou du pied, à l'aide de la flamme d'une bougie, qu'on laisse en contact pendant quelques secondes, jusqu'à ce que la vésicule se forme, ce qui a toujours lieu.

Si la vésicule contient de la sérosité, c'est un signe évident qu'il y a vie ; c'est la brûlure ordinaire. Si la vésicule ne renferme que de la vapeur, on peut affirmer que l'on a affaire à un cadavre et ordonner l'inhumation sans craindre de se tromper.

En voici la raison : le cadavre, qui n'est qu'une masse inerte, obéit aux lois physiques qui veulent que tout liquide, chauffé à un certain degré passe à l'état de vapeur : l'épiderme se soulève, l'ampoule est produite, elle éclate avec un certain bruit et s'affaisse aussitôt laissant échapper la vapeur.

Si, malgré les apparences, il y a un reste de vie, les tissus organiques ne seront plus soumis aux lois physiques, mais bien aux lois physiologiques, et, alors, l'ampoule sera pleine de sérosité, comme on le constate dans toutes les brûlures.

Ainsi donc, vésicule sèche, mort ; vésicule liquide, vie. Tout est là ; il n'y a pas d'erreur possible.

Cure radicale de l'ongle incarné.

M. le Dr *Julié*, médecin principal de l'armée, à Saint-Etienne, propose de recourir au procédé suivant pour la cure radicale de l'ongle incarné. Ce procédé consiste à faire par une incision en L, l'excision de la partie d'ongle qui est incarnée avec sa matrice correspondante.

Après nettoyage soigné du pied et des ongles, on enroule un tube en caoutchouc autour de la racine de l'orteil à opérer pour obtenir une hémostase absolue. On fait l'anesthésie à la cocaïne. Une seule piqûre doit suffire et elle n'est pas douloureuse ensuite plus là qu'ailleurs, si l'on a soin d'enfoncer obliquement l'aiguille de Pravaz d'avant en arrière, un peu en dehors du bourrelet, et de la faire aboutir vers le centre de la portion de matrice à enlever. On évite ainsi les tissus dont la trame est trop serrée. Ensuite, avec des ciseaux pointus ou même avec un bistouri tenu le tranchant en haut, on fend l'ongle sur toute sa longueur du côté incarné, parallèlement au bourrelet fongueux et très près de lui. Retournant le bistouri la pointe en bas, on prolonge l'incision qui va comprendre toute l'épaisseur du derme, jusqu'à 5 ou 6 millimètres au delà du bord postérieur visible de l'ongle ; (*on est encore à 4 ou 5 millimètres de l'articulation*). A l'extrémité postérieure de cette incision cutanée et perpendiculairement à sa direction, on en fait une autre de même profondeur dirigée vers le bord le plus voisin de l'orteil. On a ainsi formé un lambeau triangulaire, dont la base est sur le bord de l'orteil.

Il s'agit maintenant d'enlever la portion d'ongle limitée par l'incision en L, en même temps que toute la matrice unguéale, qui lui est adhérente et qui pourrait la reproduire.

Pour cela, on saisit avec une pince, le sommet libre du lambeau que l'on dédouble au bistouri, de manière à libérer un feuillet superficiel épais et à laisser adhérent à la portion sus-jacente de l'ongle, un feuillet profond de un millimétre d'épaisseur environ, qui contient le rebord superficiel de la matrice. Cela fait, avec la même pince, qui suffit en général, on enlève lentement et méthodiquement, en se servant du bistouri, la partie d'ongle à exciser qui retient à son extrémité postérieure, le lambeau du derme sus-unguéal laissé adhérent et qui doit aussi emporter une mince couche adjacente du rebord profond de la matrice. Il ne reste plus qu'à gratter lentement et soigneusement, avec une curette tranchante ou même avec un bistouri boutonné, non seulement les fongosités s'il y en a, mais encore le derme sous-unguéal qui a été mis à nu et le fond du sillon latéral, pour permettre une réunion parfaite et empêcher toute reproduction de matière cornée. Dans le cas d'ongle incarné sans onyxis, le curetage n'a pas besoin d'être aussi soigné vers la partie antérieure.

Un point de suture au crin de Florence peut être utile pour retenir l'angle du lambeau à sa place normale.

La manière d'établir le pansement est empruntée à la pratique chirurgicale ordinaire. Seulement, avant d'enlever le caoutchouc hémostati-

que, il est bon d'appliquer quelques fragments de gaze qui compriment légèrement l'extrémité de l'orteil, puis un peu de coton hydrophile maintenu par deux ou trois tours d'une petite bande de gaze. Ces précautions étant prises contre l'hémorrhagie, on enlève le tube et l'on achève un pansement sec qui ne sera laissé en place que trois jours au plus. En effet, la gaze imbibée de sang se dessèche et gêne la cicatrisation. Inutile de dire que, pour changer le premier pansement, il faut le mouiller avec un liquide antiseptique ou tout au moins aseptique.

La suture sera enlevée le huitième jour et, si la réunion s'est faite, le blessé pourra se lever avec des pantoufles et se chausser ensuite du 15[me] au 20[me] jour.

Depuis 7 ans, nous avons employé ce procédé un grand nombre de fois (*80 environ*), chez des militaires et exceptionnellement chez d'autres personnes, pour la cure radicale d'ongles incarnés unilatéralement ou bilatéralement. Dans ce dernier cas, la même opération est faite des deux côtés en laissant intact le milieu de l'ongle dans les 3/5[me] de sa largeur au moins.

Chez les opérés pour ongle incarné simple sans onyxis actuelle, la réunion de la plaie par première intention est et doit être la règle ; la guérison absolue, définitive, est ainsi assurée du 15[me] au 20[me] jour. Chez ceux qui ont de la suppuration ou des fongosités, la guérison est seulement retardée de une ou deux semaines, mais elle est tout aussi complète. Les personnes qui ont des sueurs profuses des pieds, suppurent plus facilement et sont toujours plus longues à guérir.

La plupart de nos opérés ont été revus plus ou moins longtemps après l'opération, pour certains plus de 4 ans. L'ongle n'est nullement déformé, quoiqu'il n'adhère pas à la rainure latérale ; il est à peine un peu plus étroit qu'un ongle normal et il remplit parfaitement son rôle de protection vis-à-vis de l'extrémité de l'orteil. Les militaires de l'infanterie ont pu reprendre les marches sans récidive.

Névrite optique rhumatismale.

Notre confrère, la *Médecine Moderne*, signale, avec preuves cliniques à l'appui, les difficultés du diagnostic des névrites optiques et, en particulier, de la névrite optique rhumatismale.

« Les névrites optiques, dit l'auteur, peuvent se diviser en deux groupes : *a)* Les papillites ou neuro-papillites ou névrites intra-oculaires ; *b)* les névrites rétro-bulbaires ou névrites périphériques.

La dénomination de névrite rétro-bulbaire est due à de Graefe. C'était là un terme générique comprenant un grand nombre d'affections de cause et de symptomatologie diverses, où, comme le dit de Wecker, malades et médecins ne voyaient rien.

Petit à petit, ce groupe des névrites rétro-bulbaires a été dissocié. Leber commença par en séparer les ambliopies toxiques : alcoolo-nicotinique, saturnine, quinique, diabétique, etc.

Un autre groupe est constitué pour les névrites qui reconnaissent comme causes productrices les maladies infectieuses : rougeole, scarlatine, pneumonie, influenza (de Wecker), oreillons (Dor), blennorrhagie (Panas). Dans cette catégorie on peut faire rentrer la névrite rétro-bulbaire rhumatismale.

Parmi les autres variétés de névrite optique périphérique, la névrite rhumatismale garde une originalité propre qui en rend le diagnostic faisable. Elle est caractérisée en effet : 1° par la soudaineté de son apparition ; 2° par les mouvements des yeux ; 3° par ce fait qu'elle est constamment double.

Il n'est pas sans importance de faire le diagnostic de la névrite rhumatismale et de le faire dès le début et cela pour deux raisons : en premier lieu, pour instituer un traitement approprié ; en second lieu, pour établir le pronostic qui est généralement bénin. En dehors des signes ophtalmoscopiques communs avec d'autres variétés de névrite, les caractères signalés plus haut permettront de faire assez facilement ce diagnostic.

On prescrit :

1° Un purgatif léger tous les huit jours ;

2° Des frictions quotidiennes aux tempes avec une pommade à la strychnine ;

3° Des applications péri-orbitaires de courants continus à la dose de 6 à 8 milliampères ;

4° Des ventouses sèches à la nuque tous les trois jours ;

5° De l'iodure de sodium à la dose de 0,25 centig. par jour.

En résumé, il faut bien retenir les caractères de ces névrites optiques : cécité foudroyante et double ; douleurs péri-orbitaires ; mouvements des yeux douloureux, signes ophtalmoscopiques des névrites, amélioration progressive de la vision et rétablissement presque complet de la fonction visuelle.

De la prévention et de la cure de la myopie. — Résultats éloignés du nasalorexis, par le docteur E. Rolland, de Toulouse.

(*Résumé d'une communication au Congrès.*)

L'œil vaut ce que vaut son acuité visuelle ; or comme il est démontré que l'acuité visuelle d'un myope est en raison inverse des altérations du fond de son œil, et que ces dernières sont en raison directe de l'allongement de son axe antéro-postérieur, il en résulte nécessairement qu'il faut traiter la myopie la veille du premier excès d'allongement et au plus tard dès son lendemain et au grand matin.

L'hygiène de l'œil du liseur, formulée dans d'admirables travaux, est un procédé incomparable pour prévenir le premier excès d'allongement. A elle seule elle est capable d'éviter les circonstances qui font le lit à la choroïdite et celles qui provoquent le spasme du muscle ciliaire. Malheureusement, et à peu près tout le monde ignore que la myopie est une infirmité évitable. C'est à cette ignorance qu'il faut attribuer l'indifférence avec laquelle l'opinion publique a entendu le cri patriotique de M. Nimier : « Chaque année, en France, plus de deux mille hommes du contingent sont, du fait d'une myopie supérieure à six dioptries, déclarés impropres au service militaire ; c'est là une perte de deux bataillons d'infanterie sur le pied de guerre. » C'est encore cette ignorance qui contraint l'Art à rechercher un moyen de rendre stationnaire, l'excès d'allongement que l'hygiène n'a pas été chargée de prévenir.

Ce moyen antimyopique doit être d'une innocuité absolue, incapable d'aggraver la situation actuelle du myope, de compromettre son avenir, de laisser des stigmates, qui signalent à l'employeur, Etat ou individu, ceux qui ont demandé à l'Art la conservation du degré visuel que l'emploi convoité exige.

L'Art ne peut pas réfectionner les coques oculaires atteintes d'un trouble nutritif héréditaire ou acquis. L'hygiène seule est capable de les en préserver. L'Art doit se contenter de supprimer le deuxième facteur de l'allongement de l'œil, l'augmentation de la tension intra-oculaire. Cette intervention absolument suffisante pour rendre l'allongement de l'axe antéro-postérieur stationnaire, peut être pratiquée à l'aide de deux groupes de procédés : ceux qui luttent directement contre la tension intra-oculaire et ceux qui suppriment le spasme du muscle ciliaire, sa cause. Les premiers sont efficaces, mais leur gravité, leurs stigmates post-opératoires ne permettent pas de les utiliser dans la cure du premier excès d'allongement, dès le lendemain de la myopie.

M. Rolland leur préfère la cure d'ésérine, et surtout le nasalorexis, d'une innocuité absolue, facilement acceptée par les myopes, et même par les candidats à la myopie auxquels il plaît d'apprendre que cette opération n'est pas douloureuse (anesthésie locale), ne nécessite pas le chloroforme, qu'elle se localise de chaque côté du nez, et surtout que, pour leur en procurer le bénéfice, l'oculiste n'a pas *besoin de toucher à l'œil*.

Enfin les résultats du nasalorexis sont durables. M. Rolland cite des résultats éloignés qui prouvent que la guérison radicale des myopies dynamiques persiste, et que les myopies axiles, améliorées et rendues stationaires par ce traitement plein d'innocuité, restent telles malgré la reprise des études, qui, avant le nasalorexis, imprimaient à leurs progrès, à leurs complications et à la dégradation de l'acuité visuelle une allure désastreusement progressive.

Le Traitement de la Tuberculose par la méthode de Fr. Crôtte.

Au Congrès international des Sciences Médicales de Paris, trois médecins, M. le Dr Labadie, délégué de la Société médico-légale de New-York ; M. le Dr Bertheau (de Paris) et M. le Dr Ducamp (de Bordeaux) ont, chacun de leur côté, fait des communications intéressantes sur la nouvelle méthode imaginée par un Français, M. Francisque Crôtte, dans le but de traiter la Tuberculose.

M. le Dr Labadie a rappelé le fait que M. Crôtte a communiqué sa découverte à l'Académie des Sciences, il y a déjà quelque temps.

La méthode consiste dans la transfusion ou le transport direct de médicaments et antiseptiques à travers la peau et les os du corps humain au siège même du mal, pour guérir différentes maladies, mais spécialement pour guérir la tuberculose.

Ce transport est opéré par une puissante machine statique d'une construction spéciale de M. Crôtte, et dont les effluves et les étincelles passent à travers le corps du malade sans le moindre danger, ni la moindre douleur, même pour des enfants, entraînant avec elles les antiseptiques tels que l'aldéhyde formique, l'iode naissant, etc., qui sont les antiseptiques principaux employés dans ce traitement.

La métallothérapie vient aussi apporter son contingent médical : l'or, le fer, l'antimoine, le cuivre électrolytique, etc., qui sont également transportés.

Cependant c'est la formaldéhyde qui joue comme antiseptique le principal rôle dans ce traitement. Sa puissance antiseptique comme vapeur formolée est connue de tous ; on sait que les vapeurs de formol détruisent les bacilles rapidement et en empêchent la reproduction dans les tubes de culture.

En employant cette méthode, l'estomac, si précieux pour la nutrition du malade, reste libre et n'est aucunement affecté par des remèdes nuisibles, circonstance qui facilite déjà en elle-même la guérison désirée.

Enfin, l'électricité statique par elle-même vient compléter l'œuvre du traitement en tonifiant et galvanisant l'organisme dans une maladie aussi déprimante que la tuberculose.

L'application du traitement est facile avec une certaine pratique.

M. le Dr Labadie mentionne qu'avant de traiter des malades par cette méthode, il a voulu se rendre compte que les antiseptiques étaient réellement transportés et transfusés dans le corps à travers la peau. C'est pour cela qu'il a fait, avec plusieurs médecins de New-York, des expériences sur des animaux, des cobayes, des lapins, etc. Ces animaux ont été soumis à l'action des courants électriques transportant divers antiseptiques et tués immédiatement après. Dans chaque expérience, les organes ont été examinés par l'analyse chimique, et on a pu retrouver l'aldéhyde formique, l'iode et le mercure, substances avec lesquelles on avait expérimenté.

L'application du traitement a été faite alors aux malades avec les résultats suivants : Diminution rapide des symptômes de la tuberculose, de la toux et des bacilles dans les crachats, cessation presque subite de la fièvre et des sueurs nocturnes, et comme conséquences : retour rapide des forces, du sommeil et de l'appétit.

Chacun des trois médecins précédemment nommés a fait suivre l'exposé technique du procédé, de l'histoire de nombreux malades traités par eux, d'après cette méthode et qui ont été guéris. Tous les trois expriment la plus grande confiance dans l'efficacité de la méthode. De leurs observations statistiques, il résulte que sur 800 malades traités en France, 600 ont été guéris et la chance de guérison observée en France et en Amérique s'établit comme suit : Pour les tuberculeux du 1er degré *100 %*, de guéris ; du 2e degré 75 % et du 3e degré 35 %. (*Gaz. méd. de Paris.*)

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

La question, toujours si actuelle des fibromes et corps fibreux utérins vient d'être reprise et magistralement traitée par M. le prof. *Duplay*, dans une leçon clinique ; nous demandons la permission d'en retenir les principaux passages.

I. Corps fibreux utérins

Les principales variétés de corps fibreux sont : le fibrome sous-péritonéal, à développement abdominal ; le fibrome interstitiel, développé en plein tissu utérin ; le fibrome sous-muqueux à développement intra-utérin et se transformant en polype fibreux ; le fibrome intra-pelvien ou intra-ligamentaire, enclavé dans l'épaisseur des ligaments larges et dans le petit bassin.

Ces variétés de siège n'ont, du reste, qu'une médiocre importance au point de vue des indications thérapeutiques : c'est seulement, lorsque l'intervention est décidée que l'on doit tenir compte de la variété, relativement au choix du procédé opératoire.

« Dans le traitement des fibromes utérins, le chirurgien réglera sa conduite surtout d'après les troubles fonctionnels, les accidents ou complications, du reste assez nombreux, qui peuvent survenir, et dont les principaux sont :

« 1° Les *accidents hémorrhagiques*.

« 2° Les *accidents de compression* ; *a*) du côté des organes digestifs, notamment de l'intestin et particulièrement du rectum, entraînant la constipation, plus rarement des phénomènes d'occlusion chronique ou aiguë ; *b*) du côté des organes urinaires ; soit que la compression porte sur la vessie, d'où dysurie, rétention d'urine, soit qu'elle atteigne les uretères, d'où hydronéphrose, dilatation du rein favorisant le développement d'infection ascendante ; *c*) du côté des nerfs, du plexus lombaire et sacré, amenant des douleurs plus ou moins intenses dans les membres inférieurs et le bassin ; *d*) du côté des organes respiratoires, lorsque la tumeur a par son volume atteint et refoulé le diaphragme; il en est ainsi chez notre malade ; *e*) enfin du côté de l'appareil circulatoire et plus particulièrement du côté du système veineux intra-abdominal, d'où ascite et œdème des membres inférieurs.

« 3° Les *accidents de nature septique* qui peuvent survenir soit en dehors du fibrome, du côté des organes génitaux : endométrite, salpingite, péritonite, soit aux dépens même du fibrome, comme l'inflammation, la suppuration, la gangrène de la tumeur.

« 4° Enfin la torsion du pédicule du fibrome, accident beaucoup plus rare que dans le cas de kyste ovarique.

« C'est d'après l'existence ou l'absence de ces différentes complications, que le chirurgien devra ou s'abstenir d'opérer, ou bien intervenir aussitôt que possible ; dans d'autres conditions, il pourra choisir son moment pour intervenir, après avoir combattu ces complications par un traitement approprié.

« Examinons d'abord les cas où le chirurgien doit s'abstenir d'une opération radicale, puisque nous venons de dire qu'il y a des fibromes qu'il ne faut pas opérer.

« En dehors des contre-indications générales et communes à toute intervention grave, comme l'existence simultanée d'autres affections mortelles, d'états diathésiques graves et avancés, etc., il y a encore un certain nombre de contre-indications propres aux fibromes utérins, et celles-ci résultent soit de l'état particulièrement grave dans lequel se trouve la malade par le fait de sa tumeur, soit, au contraire, du peu d'importance des troubles déterminés par elle.

« Le volume considérable, l'ancienneté de la tumeur, ses adhérences constatées ou que feront quelquefois soupçonner l'existence de poussées péritonitiques antérieures, l'âge avancé de la femme, son amaigrissement, allant parfois jusqu'à la cachexie, les troubles respiratoires, ou cardiaques, par dilatation du ventricule droit, sont autant de contre-indications formelles à toute intervention. Chez de telles malades, la nutrition est profondément troublée et depuis longtemps. Le cœur, le poumon, les reins sont plus ou moins touchés, et, dans un état de faiblesse aussi avancé, l'acte opératoire devient beaucoup trop grave.

« Cependant, il existe des cas limites dans lesquels la décision devient très difficile à prendre et où il convient de peser avec grand soin les chances de succès et d'échec : on tiendra compte, en particulier, de l'âge de la malade, de l'état des forces ; enfin on étudiera avec soin les signes susceptibles de permettre d'apprécier l'exacte gravité des lésions.

En opposition avec les cas précédents, où la contre-indication se tire de la gravité de la situation, il faut placer ceux dans lesquels l'intervention, toujours sérieuse, est absolument contre-indiquée par la bénignité de l'affection.

C'est ainsi que l'on devra se garder d'opérer les fibromes de petit ou de moyen volume, exempts de toute complication, et dont l'existence, ignorée jusque-là, se révèle parfois au hasard d'une exploration abdominale.

Ce précepte s'applique surtout aux femmes d'un âge voisin de la ménopause, ayant dépassé quarante ans ; car assez fréquemment, mais cependant, moins qu'on ne le dit communément, il se produit un arrêt et parfois même, une régression de la tumeur, après la ménopause.

La même abstention est de règle chez les jeunes femmes, à la condition de surveiller attentivement le volume et les accidents qui peuvent survenir d'un moment à l'autre.

Dans les cas, où la bénignité de l'affection contre-indique toute intervention, il ne faut pas négliger de prescrire aux malades un certain nombre de précautions hygiéniques, ayant pour but de retarder autant que possible l'accroissement de volume du fibrome et de prévenir les complications menaçantes.

On devra conseiller à la malade de porter une ceinture abdominale, et de s'abstenir de tout exercice ou de toute fatigue pouvant congestionner les organes pelviens (équitation, bicyclette et plaisirs vénériens).

La constipation sera soigneusement combattue par des laxatifs et des lavements. Enfin, au moment des règles, la malade devra garder le lit pendant quatre à six jours.

La grossesse est habituellement très fâcheuse chez les personnes atteintes de fibrome utérin même un peu volumineux ; il faut tâcher de l'éviter, car, on a vu les fibromes provoquer des accidents redoutables.

« Contrairement à ce que nous venons de dire relativement aux fibromes qui ne doivent pas être opérés, on peut avancer comme une règle générale, que, dès que le fibrome, augmente de volume, ou dès qu'apparaissent les troubles fonctionnels, l'intervention devient nécessaire.

« Cependant, parmi les fibromes qu'il faut opérer, il en est que l'on doit opérer sans retard sous peine d'exposer la vie des malades ou de compromettre le résultat opératoire ; il en est d'autres, au contraire, pour lesquels le chirurgien peut attendre et choisir son moment ; parfois même, il est possible de retarder ce moment par l'emploi judicieux du traitement médical.

La précocité de l'intervention dépend, en somme, de la nature et de la gravité des troubles fonctionnels. »

Le traitement médical s'appliquera donc seulement aux cas de fibromes à développement lent, et dont l'évolution, sans être absolument exempte d'inconvénients, ne provoque que des accidents peu sérieux.

M. Just Championnière prescrit le repos au lit pendant les 3 ou 4 premiers jours des règles et l'absorption aux repas des cachets suivants :

Poudre de sabine....	0 gr. 12	centigrammes.
Poudre de colombo..	0 gr. 05	—
Poudre de rhubarbe.	0 gr. 05	—

pour un cachet.

Faire seize cachets semblables, en prendre deux à déjeuner et deux à dîner pendant 4 jours.

M. *Duplay* emploie la méthode d'Hildebrand (ergot de seigle et chloral) :

Ergotine................	2 gram.
Hydrate de chloral.......	1 gram.
Eau distillée............	200 gram.

Douze gouttes de cette solution représentent 20 centigrammes d'ergotine, qu'on injectera tous les jours pendant plusieurs mois.

Le mode d'action de cette substance est encore douteux. A-t-elle une action atrophiante sur la fibre musculaire interne ? exerce-t-elle son action sur les vaisseaux, dont le rétrécissement amène indirectement une régression des tissus ? La question est loin d'être résolue. Peu importe, du reste. Au point de vue thérapeutique, ce qu'il faut savoir, c'est que l'ergotine paraît surtout utile dans les cas où le fibrome s'accompagne d'hémorragie. Elle modère ou mieux fait cesser complètement les pertes sanguines. Quant à une influence réelle sur la tumeur même, elle est fort douteuse, et si, dans un certain nombre de cas, celle-ci semble diminuer de volume, ce résultat est vraisemblablement dû à une vascularisation moindre.

D'ailleurs, d'autres médicaments agissent à la façon de l'ergotine, par exemple, le cannabis indica, l'hydrastis canadensis, le viburnum prunifolium, l'hamamelis virginica, etc.

Le traitement *électrique* est considéré par certains comme véritablement curatif.

M. Apostoli et un grand nombre de ses disciples électriciens préconisent la galvano-électrolythérapie et les courants de haute fréquence (d'Arsonvalisation) comme extrêmement efficaces contre les fibromes utérins non compliqués de salpingite. Cette dernière éventualité, lorsqu'elle est constatée, constitue une contre-indication formelle de l'électrothérapie, sous peine d'accidents terribles.

L'application électrolytique se fait de la manière suivante : L'électrode négative est constituée par une sonde intra-utérine, bien garnie d'une gaine isolante, sauf à son extrémité ; l'électrode positive est représentée par une plaque recouverte de peau de chamois, qu'on imbibe d'eau salée et qu'on place sur la partie inférieure de l'abdomen. Le courant doit être faible : environ 12 à 15 milliampères et les séances de courte durée : dix à quinze minutes au plus ; on renouvelle ces applications tous les 2 ou 3 jours, dans les époques intercalaires des menstrues.

Le traitement *opothérapique*, préconisé par M. Jouin, consiste dans l'administration quotidienne de corps thyroïde de mouton à l'état frais ou en capsules préparées pharmaceutiquement (thyroïde, thyroïodine, iodothyrine).

Cet auteur prescrit, en 24 heures, l'absorption de 30 à 50 grammes de corps thyroïde ou de six à huit capsules pharmaceutiques. Il a obtenu quelques succès qui peuvent encourager les essais de même nature, mais, à condition de bien surveiller l'état du cœur (absence de palpitations), l'état de l'estomac et de l'intestin. D'après M. Jouin, le fibrome serait une sorte de manifestation de cachexie myxœdémateuse, due à une insuffisance de la sécrétion thyroïde interne. L'administration de corps thyroïdes d'animaux agirait ainsi en suppléant à l'insuffisance du thyroïde de la malade. La méthode paraît encore un peu empirique ; en tout cas, elle donne au moins autant d'échecs que de succès.

Le traitement *hydro-minéral thermal* a produit, croyons-nous, plus de guérisons ou, tout au moins, d'améliorations que la précédente méthode.

Les eaux les plus efficaces sont les eaux chlorurées sodiques. A leur défaut, on peut avoir recours aux injections quotidiennes d'eau chaude à 50° additionnée d'une poignée de gros sel par litre.

En somme, il n'y a pas de traitement médical véritablement curatif ; mais, nous possédons quelques moyens de traitement d'une efficacité très réelle contre certains accidents ou complications des fibromes utérins, et parfois susceptibles de procurer une amélioration telle que l'on peut retarder l'époque de l'opération ou même renoncer à toute intervention.

II. — Traitement symptomatique.

En ce qui concerne plus particulièrement les accidents ou complications, qui peuvent survenir au cours de l'évolution des fibromes utérins, le traitement mérite quelques développements spéciaux.

Il y a en réalité cinq principaux accidents à redouter : 1° les hémorrhagies ; 2° les douleurs ; 3° les phénomènes de compression ; 4° les phénomènes infectieux de nature variable ; 5° la torsion du pédicule de la tumeur ou de l'utérus fibromateux.

1° Contre les hémorrhagies, on prescrira le repos absolu au lit, les injections vaginales très chaudes faites dans la position couchée, au lit, les lavements avec 2 ou 3 grammes d'antipyrine, le tamponnement à l'eau oxygénée ou au sérum salé, gélatinisé.

Eau bouillie..........	1000 gr.
Chlorure de sodium..	7 gr.
Gélatine purifiée......	30 gr.

Enfin, on pourra avoir recours à l'ergotine en potion ou en injections hypodermiques.

Un de nos confrères a rappelé récemment qu'on pouvait aussi employer contre les métrorrhagies la teinture d'ortie blanche à la dose de 3 à 4 grammes en 24 heures. C'est une bonne

préparation qui réussit souvent mieux que l'ergotine.

« Mais, il conviendrait de ne pas trop s'attarder à ce traitement purement médical, et, si les pertes continuent, il faudra agir directement sur l'utérus, se souvenant que ces pertes sont le fait, non du fibrome, mais de la métrite concomitante. C'est donc à un curettage après dilatation, à l'instillation d'une petite quantité d'une solution de chlorure de zinc dans la cavité utérine qu'on aura recours. D'autre part, des injections sous-cutanées de sérum artificiel seront indiquées pour remonter les malades épuisés par des pertes abondantes.

« Mais il faut se rappeler que ces divers moyens ne sont que des palliatifs ; aussi, pour peu que les pertes se renouvellent, l'indication d'intervenir par une opération radicale s'impose au chirurgien.

« 2° Contre les *douleurs*, on emploiera les opiacés ou l'antipyrine en lavement, la morphine en injections sous-cutanées. les irrigations vaginales chaudes. Je vous rappelle que c'est surtout dans les cas de fibromes douloureux que le traitement thermal donne des résultats heureux.

« Mais, comme les hémorragies, la persistance ou le retour des douleurs deviennent des indications opératoires formelles.

« 3° La plupart des moyens de thérapeutique médicale sont absolument inefficaces contre les *phénomènes de compression*. Ils amènent parfois un soulagement momentané en décongestionnant la tumeur, mais les accidents ne tardent pas à reparaître. Dans quelques cas de tumeurs enclavées dans le petit bassin, le déplacement, provoqué par certaines attitudes de la malade, ou certaines manœuvres spéciales du médecin, est également susceptible de déterminer la cessation des accidents. Mais, en somme, tous ces moyens sont des plus précaires, et les phénomènes de compression doivent être considérés comme une indication formelle et pressante d'intervention et parfois même d'intervention précoce.

4° Il en est de même pour les *accidents septiques*, dépendant le plus souvent de métro-salpingite, concomitants, et se compliquant parfois de péritonite. On conçoit que, dans ces conditions, le chirurgien doive intervenir par une opération radicale pratiquée dans le plus bref délai. Il est vrai que parfois les phénomènes de métrite peuvent être améliorés momentanément par un traitement local : dilatation, curettage, cautérisations intra-utérines au chlorure de zinc ; mais si les accidents reparaissent, l'opération s'impose. Au cas de salpingite concomitante, il n'y a pas à attendre, et l'on doit intervenir aussitôt que la phase aiguë sera calmée.

« 5° Enfin la *torsion du pédicule* ou de l'*utérus fibromateux* constitue une indication d'intervention immédiate, aussitôt que l'existence de cette complication peut être soupçonnée.

En résumé donc, si certains fibromes ne doivent pas être opérés, si pour quelques-uns on peut, par l'emploi du traitement médical, différer l'intervention et même parfois l'éviter, il en est d'autres, au contraire, qui réclament impérieusement une opération radicale, et les indications de cette opération peuvent être formulées dans les propositions suivantes :

1° Même en l'absence de troubles fonctionnels, surtout chez les jeunes femmes, on doit opérer les fibromes qui augmentent constamment de volume, et il faut se garder d'attendre, comme on l'a fait chez notre malade, que le volume de la tumeur soit devenu excessif, car le pronostic opératoire acquiert, par ce seul fait, une gravité beaucoup plus grande.

2° L'existence de troubles fonctionnels crée une indication plus ou moins urgente, suivant que le traitement médical a une action plus ou moins efficace sur ces accidents. Cependant, en général, le traitement médical permet tout au plus de différer l'intervention, attendu que le résultat obtenu est, d'ordinaire, momentané et que les troubles ne tardent pas à reparaître et à épuiser la malade si l'on n'intervient pas chirurgicalement.

3° Les phénomènes de compression, les accidents septiques, la torsion du pédicule sont, par contre, des indications d'intervention rapide ; et dans les deux derniers cas surtout, il convient d'opérer sur le champ.

III. — Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical par excellence des fibromes utérins est aujourd'hui l'*hystérectomie*.

« Pour la pratiquer, on peut employer soit la voie abdominale, soit la voie vaginale. Des discussions sans fin se sont élevées sur la préférence à donner à l'une ou l'autre méthode. Mes préférences sont pour l'hystérectomie abdominale, qui a d'ailleurs gagné beaucoup de terrain dans ces derniers temps depuis les perfectionnements et la simplification de sa technique. »

Pour M. Duplay, on peut formuler très simplement les indications de l'une et l'autre méthode. On réservera l'hystérectomie vaginale aux cas de tumeur peu volumineuse, ne dépassant guère le volume du poing et exempte de complications et d'adhérences. Dans tous les autres cas, on préférera l'hystérectomie abdominale, qui seule permet de reconnaître les complications et d'y parer.

« Quant au procédé d'hystérectomie abdominale, le seul qui aujourd'hui, sauf conditions exceptionnelles, soit à employer, est l'hystérectomie abdominale totale. Tous les autres, et ils sont nombreux, tendent de plus en plus à tomber dans l'oubli. On enlèvera en même temps que la tumeur, les annexes, et la totalité de l'utérus, de façon à ce qu'il ne reste aucun pédicule. L'opération terminée, il existe entre le rectum et la vessie une sorte d'infundibulum, qu'on peut drainer avec une mèche sortant par le vagin, ou fermer par un surjet. »

« Il y a quelques années, on mettait en parallèle la castration ovarienne et l'extirpation du fibrome seul (myomectomie), ou de l'utérus (hystérectomie). Elle avait sa raison d'être à cette époque en raison de sa gravité beaucoup moindre, comparée à celle de l'hystérectomie, et spécialement dans les cas de fibromes hémorragiques, où elle donnait des résultats particulièrement favorables. Mais, en réalité, cette castration n'était le plus souvent qu'un traitement palliatif ; on débarrassait la malade de certains accidents, mais les cas où l'opération était suivie de la diminution ou de la disparition de la tumeur étaient, somme toute, assez rares. Aujourd'hui l'hystérectomie étant devenue relativement bénigne, c'est à elle que l'on doit donner

la préférence, réservant la castration à des cas très rares où l'hystérectomie est impraticable.

« Dans certains fibromes sous-péritonéaux pédiculés, répondant par exemple à l'une des cornes utérines, on pratiquera la section du pédicule ou de la corne utérine en conservant l'utérus. De même, certains fibromes sous-péritonéaux, bien que non pédiculés, mais paraissant nettement circonscrits, s'ils ne sont pas trop volumineux et n'excèdent pas, par exemple, les dimensions du poing, peuvent être enlevés, isolément et par énucléation. Cette opération, que l'on désigne sous le nom de *myomectomie*, et qui me paraît avoir de l'avenir, présente ce grand avantage de respecter l'utérus. D'autre part, dans les fibromes sous-muqueux saillants dans la cavité utérine, ou déjà devenus polypes fibreux, on extirpera la tumeur par les voies naturelles après incision du col ou même du corps de l'utérus sur la ligne médiane antérieure et en décollant et refoulant la vessie.

« Dans quelques cas rares de fibromes intraligamentaires repoussant l'utérus du côté opposé et faisant saillie dans un cul-de-sac du vagin, la myomectomie sera possible par cette voie en conservant l'utérus ; c'est la myomectomie transvaginale de Czerny.

« Mais, en somme, si l'on excepte certains fibromes sous-péritonéaux pédiculés ou circonscrits et de volume médiocre, ou les fibromes sous-muqueux et les polypes intra-utérins qui sont parfois justiciables d'opérations partielles, permettant de conserver l'utérus, c'est à l'hystérectomie, dans la grande majorité des cas, que l'on devra recourir. » Dr Paul HUGUENIN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Hommage à MM. les Drs Cézilly et Gassot.

MM. les docteurs Boyer, de Brives (Haute-Loire) ; Maire, du Péage-de-Roussillon (Isère) ; Le Moaligou, de Quimperlé (Finistère) ; Lemaire, de Compiègne (Oise) ; Bonhomme-Lacour, de Paris ; Berty, de Courtenay (Loiret) ; Bousquet, de Valbonne (Alpes-Maritimes) ; Salomon, de Savigné-l'Evêque (Sarthe) ; Cesbron, de Marines (Seine-et-Oise) ; Alibert, de Saint-Lo (Manche) ; Boquin, d'Autun (Saône-et-Loire) ; Dampeirou, de Ismaïlia (Egypte) ; Mailhetard, de Forges (Charente-Inférieure) ; Monin, d'Ivry-le-Temple (Oise) ; Lafitte, de la Brède (Gironde) ; Arnaude, de Montfort (Landes) ; Bournhonet, de Pont-Saint-Pierre (Eure) ; Mac-Auliffe, père, et Mac-Auliffe, fils, de Saint-Denis (Réunion) ; *Syndicat médical de l'Ile de la Réunion* ; Lasallette, de Pau (Basses-Pyrénées).

Total des sommes reçues à ce jour : 2.426 f. 50.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques.— Nous adressons nos félicitations à MM. les docteurs Tassard, de St-Laurent-du-Jura (Jura), et Troyon, de Rethel (Ardennes), membres du « Concours Médical », qui viennent d'être nommés *officiers d'académie*.

Bibliographie.—Vient de paraître chez A. Maloine, 23, place de l'Ecole-de-Médecine : Vade-mecum du jeune Médecin et des Remplaçants, par le Dr Roger Hyvert.

Comment on préserve l'œil du liseur de la myopie, de ses progrès, de ses complications, par le Dr E. Rolland, de Toulouse 1 fr. 25.

Tumeur blanche du genou chez l'enfant, par MM. les docteurs Phocas et Boieldieu.

La Chirurgie et la Médecine d'autrefois, par le Dr Hamonic. Un vol. in-8° avec 487 reproductions d'instruments anciens.

Les médecins et les élections législatives anglaises.— En France, la profession médicale est assurément une de celles qui comptent le plus de représentants au Palais-Bourbon. Nombreux sont, en effet, nos confrères qui peuvent ajouter à leur titre de Docteur en médecine, l'une des particules « député » ou « sénateur ». Chez nos voisins d'outre-Manche il en va tout autrement : les disciples d'Hippocrate y semblent véritablement peu avides de briguer les honneurs et les avantages du pouvoir ; en tout cas, sur les bancs de Westminster, ils sont en nombre infime.

L'Angleterre est, on le sait, sur le point de renouveler, par voie d'élection, sa Chambre des Communes. A cette occasion, le *British medical Journal* passe en revue la liste des membres du Parlement britannique qui appartiennent à notre profession ; liste courte, puisque 6 médecins seulement y figurent. Et encore ce total comprend-il un confrère qui, cette année, ne doit pas solliciter le renouvellement de son mandat législatif. En revanche, les rares praticiens qui inscrivent après leur nom les initiales M. P. (Membre du Parlement) s'occupent, dit-on, avec beaucoup de sollicitude, des intérêts généraux de la profession et des questions d'hygiène. Aussi, le corps médical anglais fait-il des vœux pour leur réélection !

L'école du Val-de-Grâce. — Voici la liste, par ordre de mérite, des candidats admis à l'Ecole du service de santé militaire :

MM.

Fourcade, Morisson, Beyne, Collin, Verdeaud, Delpy, Kliszowski, Joseph dit Orme, Moureaux, Clarion, Dumoulin, Lutrot, Liberge, Loygue, Pénol, Laudret, Maratuech, Bergès, Dienot, Tournade.

Pheulpin, Billet, Crimadells, Laurent, Chader, Monery, Giraud, Demonet, Dargein, Péchiné, Cuisinier, Dirks-Dilly, Morisot, Renot, Bailly, Carpanetti, Couraud, Gay-Bonnet, Caubet, Bellot.

Vittenet, Michel, Chaufour, Mallet, Montet, Dornier, Fournier, Guillon, Policard, Barberousse, Darthenay, Carayon, Valette, Robert, Touzet, Berton, Charpentier, Malard, de Gaulyac, Dupont.

Goursolas, Dayman, Raynaud, Dennery, Schneider, Chavannes, Rapp, Dabat, Jeannin, Blanchet, Vieille, Cot, Rabaïoye, Maisonnave, Roué, Varatges, Martinet, Peyre, Marvy, Seigneurin.

Fontan, Mathieu, Colin, Levy, Perret, Bonnet, Andrieu, Mairesse, Scheckelé, Ségui, Gallimard, Revel, Muller, Cellerier, Pinat, Trollat, Castres, Déneau, Madranes, Barthélemy.

L'école de médecine navale de Bordeaux. — Viennent d'être admis après concours :

MM.

Lebœuf, Pezet, Cazanove, Janicot, Pouillot, Cazaneuve, Le Gorgeu, Cauvin, Goéré, Lailheugue, Brimont, Jarland, Busquet, Challier, Collin, Vielle, Bodiou, Quéré, Morin, Néel.

Gaubin, Patterson, Lestage, Bertholet, Izard, Gatrot, Passa, Carmouze, Dumoulin, Rouch, Fulconis, Hutin, Lecalvé, Colomb, Giraud, Perret, Cavaud, Dupuy, Duvard, Fockenberghe.

Fatôme, Nègre, Cozanet, Vaillant, Ginoux, Garrot, Moitron, Millous, Caille, Gallier, Kervern, Wadoux, Bellot, Combe, D'Adhémar de Lantagnac, Mignon, Garnier, Loréal, Foll, Bellonne, Guégan, Poncin Guérard, Cotard, Javelly.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 41 13 OCTOBRE 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La prolongation des études médicales

Le jour où nous avons tenu à donner notre sentiment personnel, dans la discussion sur *l'encombrement médical et les moyens d'y remédier*, nous avons dit que la première mesure à prendre, et la plus facilement réalisable, devait être la prolongation des études, au point de vue pratique surtout.

Or, voici ce que nous lisons dans le *Lyon médical* :

Réforme de l'enseignement médical en Allemagne. — Il paraît que l'on se propose en Allemagne d'augmenter considérablement la durée des études médicales. Actuellement, on peut condenser tous les cours, stages et travaux pratiques obligatoires pour être admis à subir l'examen d'Etat en huit semestres. D'après les journaux allemands, à l'avenir les cours théoriques et l'enseignement clinique comporteront dix semestres auxquels on ajoutera encore une année de pratique avant de sanctionner les études par un diplôme. Et tout cela a pour but non pas de rendre les études plus fortes, comme on pourrait le croire, mais de dégoûter les jeunes gens qui ont suivi l'enseignement moderne d'embrasser la carrière médicale.

Les idées françaises sont un peu comme certains de nos bons crus : il semble souvent que les voyages les améliorent.

C'est dans l'espoir de profiter de ce fait que nous reprenons le marteau aujourd'hui pour enfoncer un peu le clou.

Non pas que la pensée nous vienne de refaire notre article du n° 26 : nous n'avons rien à y changer.

Mais il est indispensable de répéter que « Qui veut la fin veut les moyens » et non moins urgent de rappeler « *qu'il faut avant tout, faire vite* ».

Or, notre proposition ne paraît pas devoir léser des intérêts primordiaux ; elle ne touche pas à la liberté qu'on a fait protester contre certaines mesures restrictives ; elle marche d'accord avec toutes les préoccupations égalitaires de notre époque, y compris celle du service militaire égal et obligatoire ; elle attaque le mal dans sa racine, qui est l'illusion des familles sur nos revenus professionnels ; elle doit aboutir à un relèvement de notre dignité et, par conséquent, à une protection efficace de la santé publique.

Que peut-on demander de plus ?

Nous la soutiendrons donc avec énergie devant la commission qui doit se réunir prochainement.

H. J.

LA SEMAINE MEDICALE

Traitement de la fièvre jaune.

M. le Dr *Sadoul*, médecin de 1re classe de la Marine, consacre, dans les *Archives de Médecine navale*, un article au traitement de la fièvre jaune, il y démontre qu'au cours des épidémies de fièvre jaune au Sénégal, en 1878 et en 1881, comme dans l'épidémie actuelle, on a toujours constaté une mortalité plus faible chez les malades traités par les médecins indigènes que chez ceux traités par les médecins européens.

La fièvre jaune n'ayant point de spécifique, la thérapeutique européenne consiste en évacuants, quinine, injections de sérum artificiel et bains froids.

« Seuls, les évacuants doux, tels que le ricin, paraissent efficaces. Le sérum artificiel n'a pas trop sa raison d'être dans une maladie où le sang n'épaissit pas comme dans le choléra. La quinine est sans action et plutôt contraire. Les lotions et bains froids sont désastreux. On n'en conçoit pas l'utilité dans une affection où l'hyperthermie est loin d'être le grand danger.

Les rares malades qui n'ont pas succombé à cette médication déclarent qu'après chaque bain ils sentaient leur force diminuer.

Le traitement indigène consiste dans l'emploi des évacuants, des stimulants et des diurétiques. Au point de vue scientifique, il est donc parfaitement rationnel. Le voici en quelques mots :

Débuter par une forte purge d'huile de ricin, 80 à 100 grammes. Le lendemain et les jours suivants on donne 250 grammes d'huile d'olive coupée à parties égales de jus de citron, et pris à doses fractionnées.

En même temps on pratique sur tout le corps, — en commençant par en haut — des frictions faites avec un mélange des plantes ci-dessous, — vertes ou sèches, — triturées avec du jus de citron ou du vinaigre :

Lougoutj [*Vernonia amygdalina*, Del.]. (Composée.)

Begnefala [*Andropogon Schœnantus ?*] (Graminée.)

Basilic [*Ocymam album*]. (Labiée.)

Les deux premiers sont en langue volofe. La classification est celle du traité de botanique du R. P. Sebire. Pour le *lougoutj* et le *basilic*, on se sert de feuilles ; pour le *begnefala* des sommités florales ou des racines. Ces frictions paraissent avoir une action très énergique. La peau doit absorber les principes des drogues, car les selles des malades en conservent l'odeur. Ce sont en somme des stimulants. Le *begnefala* est en outre fébrifuge et également employé à l'intérieur en tisane.

Diète sévère pendant la durée du traitement. Le malade prend en outre, à l'intérieur, des tisanes fébrifuges et stimulantes. En 1878, on donnait beaucoup la tisane faite avec parties égales de racines de baki [*Cocculus bakis*, Guill. et Perr.] (Ménisdermée) et de racines de bantamaré [*Cassia fedegosa*] (Légumineuse). Actuellement on préfère la tisane de kinkeliba [*Combretum Raimbaultii*] (Combretée).

Les *Cassia fedegosa* et *kinkeliba* ont été étudiés par le professeur Heckel. Ce sont des fébrifuges cholalogues. Le second est en outre très diurétique. Il est regrettable que ces deux médicaments ne soient pas plus employés

Enfin, dans les cas graves, quand le malade tombe dans le coma, on administre une infusion d'une forte poignée de feuilles de *kordio* [*Rynchosia glomerata*] (Légumineuse). C'est un purgatif drastique extrêmement violent.

En somme, ce traitement est scientifiquement fort logique. Il est facile ; les plantes nécessaires abondent dans le pays, et enfin il a fait ses preuves. »

Recherche du bacille d'Eberth dans les selles et les eaux.

M. le Dr L. *Remy*, de Liége, publie, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, une série de recherches qu'il a pratiquées avec une gélatine spéciale sur la présence du bacille d'Eberth dans les selles des typhiques et dans les eaux servant de boisson.

La gélatine, dont il s'est servi, a la composition suivante :

Eau distillée	1.000 grammes.
Asparagine	6 —
Acide oxalique	0 gr. 5.
Acide lactique	0 gr. 15.
Acide citrique	0 gr. 15.
Phosphate bisodique	5 grammes.
Sulfate Mg	2 gr. 50.
Sulfate K	1 gr. 25
Chlorure Na	2 grammes.

Ces différents sels, le sulfate de Mg. excepté, sont broyés dans un mortier, puis introduits dans un matras avec un litre d'eau distillée et 30 grammes de peptone Witte ou Grübler. On chauffe ensuite à l'autoclave sous pression pendant 1/4 d'heure. Dès qu'on retire le matras, on en verse le contenu bouillant dans un autre matras, lequel a préalablement reçu 120-150 grammes de gélatine ; on agite pour dissoudre celle-ci, puis on ajoute de la soude jusqu'à alcalinisation légère. On cuit à l'autoclave à 110° sous pression pendant 1/4 d'heure, puis on acidifie avec une solution demi-normale de H^2SO^4, de telle sorte que 10 c. c. de gélatine aient une acidité telle que celle-ci disparaît par l'addition de 0, 2 c. c. de solution demi normale de soude. Cette acidité équivaut à 0,5 de H^2SO^2 par litre. Après agitation, on remet au poêle à vapeur pendant 8-10 minutes, puis on filtre. Quand la filtration est obtenue, on vérifie l'acidité. Pour cela, on prélève à l'aide d'une pipette graduée 10 c. c. de gélatine que l'on dépose dans un vase de Bohême contenant environ 100 c. c. d'eau distillée exactement neutre et 4 à 5 gouttes de phtaléine du phénol. On laisse alors tomber goutte à goutte au moyen d'une pipette de 1 c. c., graduée en centièmes, la solution demi normale de soude. La coloration rouge doit apparaître sitôt que 0,02 c. c. de la solution sodique ont été ajoutés aux 10 c. c. de gélatine. Dès que l'acidité voulue est obtenue, on introduit le $MgSO^4$ à la dose de 2,50 par litre de gélatine, on répartit en tubes, 10 c. c. dans chacun et on stérilise en 3 séances comme pour la gélatine ordinaire.

Au moment de l'emploi, on introduit dans chaque tube de gélatine 1 c. c. d'une solution de lactose à 35 pour cent, et 1 c. c. d'une solution phéniquée à 2, 5 p. cent.

Les colonies de bacilles d'Eberth se montrent au bout de deux jours, et se divisent en colonies superficielles (aspect des moisissures, puis teinte bleuâtre pouvant avoir l'étendue d'une pièce de 50 centimes) et en colonies profondes (teinte bleutée, ayant peu d'étendue, jamais de bulles de gaz).

Grâce à ces procédés, M. Remy est arrivé aux conclusions suivantes :

Au début de la fièvre typhoïde, le nombre des bacilles est restreint ; puis, il augmente considérablement au second septénaire, parfois même alors il peut constituer presque à lui seul la flore intestinale il diminue ensuite progressivement au 3e et au 4e septénaire, et il finit par disparaître insensiblement de l'intestin, ou du moins on ne parvient plus à l'en retirer par le procédé qui jusqu'alors avait réussi.

La flore microbienne intestinale est parfois représentée par un grand nombre d'espèces et de variétés, tantôt au contraire par quelques espèces ou variétés de la même espèce.

Les bacilles typhiques retirés des selles de typhisés se ramènent à un seul et même type ; ils ne donnent pas d'indol, ils ne font pas fermenter la lactose, ils sont tous agglutinés à un titre élevé par le sérum expérimental.

Les bacilles typhiques extraits des selles au cours du second septénaire, de même que ceux que l'on retire de la rate à l'autopsie, possèdent une énergie vitale remarquable ; ils donnent de belles colonies sur plaques après 48 heures, et celles-ci, repiquées, troublent abondamment le bouillon, parfois même les liquides minéraux.

Les bacilles que l'on trouve dans les selles à la fin de la maladie possèdent au contraire une vitalité faible. Les colonies apparaissent plus tardivement sur plaques de gélatine, et, dans une série de colonies toutes semblables que l'on repique en bouillon, les unes peuplent abondamment ce dernier, les autres, au contraire, y poussent misérablement ou pas du tout.

Dans 3 cas, le bacille typhique a été trouvé dans les selles alors que les signes de la fièvre typhoïde, y compris la séro-réaction, faisaient défaut au moment de l'examen bactériologique. En conséquence, la présence du B. typhique avec les attributs que nous lui connaissons est, de tous les signes, le seul qui, pris isolément, puisse autoriser le clinicien à poser avec certitude le diagnostic de fièvre typhoïde.

Dans les selles des malades atteints d'affections autres que la dothiénentérie, on ne trouve pas de bacille typhique authentique.

Prophylaxie du tétanos dans les pays chauds

M. le Dr *Calmette*, de Lille, a indiqué au Congrès de Médecine de Paris (août 1900) les principales mesures prophylactiques qu'il conseille d'employer pour éviter le tétanos dans les pays chauds.

L'étiologie du tétanos dans les pays chauds dérive presque toujours de la souillure des plaies par des parcelles de terre ou par des déjections animales. Le tétanos des nouveau-nés résulte de l'infection de la plaie ombilicale par des linges ou des pansements malpropres.

Voici les mesures préventives qu'il conviendrait de prendre :

« 1) Généraliser aux colonies, dans les hôpitaux, les ambulances et les colonnes en marche, l'emploi du sérum antitétanique pour prévenir le tétanos chez les blessés dont les plaies peuvent être souillées de terre ou renfermer des débris de vêtements.

« Tous les blessés par armes à feu devraient recevoir, après le premier pansement à l'ambulance, une injection préventive de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique.

« 2) Entreprendre dans toutes les colonies tropicales l'éducation des matrones ou sages-femmes indigènes et n'autoriser l'exercice de l'art des accouchements, qu'à celles qui auront justifié de connaissances suffisantes pour assurer, tout au moins, les soins élémentaires d'antisepsie aux femmes et aux enfants nouveau-nés. Il y aurait lieu d'organiser, dans ce but, dans chaque centre de colonisation où il existe des médecins, des conférences élémentaires avec exercices pratiques dans les hôpitaux indigènes. Dans ces conférences, on devrait insister particulièrement sur les pansements du cordon ombilical, pansements de la propreté desquels dépend entièrement la prophylaxie du tétanos.

« Grâce à cette mesure très simple et peu coûteuse, on épargnerait chaque année un très grand nombre d'existences précieuses pour l'avenir économique des pays, dont il s'agit. »

Traitement des nœvi vasculaires des nourrissons.

Jusqu'à présent on ne connaissait comme traitement curatif des nœvi vasculaires des nourrissons que la vaccination sur le nœvus, l'électrolyse et l'excision. M. Unna, de Hambourg, traite avec succès, chez les nourrissons, les nœvi vasculaires par la compression au moyen du collodion ichtyolé. Il badigeonne le nœvus 2 ou 3 fois par jour avec un mélange de :

Collodion.................. 9 p.
Ichtyol.................... 1 p.

jusqu'à ce qu'il se forme une croûte noirâtre, épaisse, qu'on laisse ensuite se détacher d'elle-même. Puis on recommence le même badigeonnage, en s'aidant au début d'un attouchement avec la pointe fine d'un thermocautère ou d'un galvanocautère.

Le traitement doit être continué longtemps même après la guérison apparente du nœvus.

L'alimentation extrabuccale.

Dans l'alimentation extrabuccale, il s'agit :

1° De l'alimentation par le rectum, c'est-à-dire par clystères.

2° De l'alimentation par le derme, c'est-à-dire par injection sous-cutanée.

3° De l'alimentation après la Gastrostomie.

Aucun des procédés susmentionnés n'est apte, à la longue, à conserver la vie et à répondre aux exigences nutritives d'un homme vigoureux et normal.

Dans les conditions favorables, on réussit, par l'alimentation exclusivement extrabuccale, à maintenir pour quelque temps l'équilibre par mutation intra-organique, chez les individus, qui, à la suite de leur maladie, ont subi une très grande dégradation.

Dans la majorité des cas cependant, il y a alimentation insuffisante, de sorte que le corps perd davantage qu'il ne reçoit lors d'alimentation extrabuccale.

Toujours est-il qu'il ne s'agit que d'une intervention provisoire, et non d'une forme d'alimentation durable. C'est pourquoi l'alimentation extrabuccale n'est d'une utilité effective que là où elle sert d'adjuvant, pour soutenir le malade pendant les moments critiques de la maladie, ou encore, lorsqu'on poursuit un but thérapeutique, comme par exemple le traitement de l'ulcère stomacal, des vomissements hystériques, de la dilatation de l'estomac, etc. ; ou enfin, comme supplément d'une alimentation insuffisante *per os*, ou comme alimentation complémentaire.

Or, d'après M. le prof. *Ewald*, de Berlin

(communication au Congrès de Médecine de Paris).

L'alimentation extrabuccale n'est pas une substitution alimentaire *per os* complète, et ne peut pas remplacer à la longue les prétentions de la mutation intra-organique ; au contraire, dans la plupart des cas d'alimentation exclusivement extrabuccale, se produit dès le commencement une sous-alimentation. Font seulement exception les cas de fistules stomacales, à cause de l'affection de la stricture de l'œsophage.

Pour un court espace de temps, l'alimentation extrabuccale, chez des personnes affaiblies, avec troubles de mutation intra-organique, peut augmenter la circulation d'azote, voire même produire une augmentation de substance azotée.

Cette alimentation a les meilleurs résultats, lorsqu'il s'agit d'une substitution de l'introduction alimentaire *per os*, passagère, ou agissant comme complément.

Les lavements alimentaires, dans la plus grande partie des cas, sont préférables aux injections alimentaires sous-cutanées.

Ces dernières n'ont le mérite que de constituer une expérience isolée ; ce n'est pas un procédé, qui pourra trouver un large emploi dans la pratique.

OPHTHALMOLOGIE

Les lésions de l'œil par la chaux.

M. *Schmidt-Rimpler* vient de faire une étude complète sur la prophylaxie et la thérapeutique des lésions de l'œil par la chaux vive, ou par les substances analogues (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 36, 1900).

Les malades, observés par l'auteur, ont été pour la plupart brûlés par la chaux, d'autres par la poudre, la dynamite, le fer rouge, l'eau bouillante, etc. Leur âge varie de 2 ans à 68 ans ; c'étaient des maçons le plus souvent. Parmi les 66 malades traités, 20 devinrent aveugles; on compte parmi les aveugles ceux qui, à 30 centimètres, ne peuvent plus compter le nombre de doigts, qu'on leur présente à compter. Chez deux personnes, on nota une perte complète des deux yeux ; elles avaient reçu de l'hydrate de calcium, au moment où l'on éteignait de la chaux. Chez 13 autres malades, les lésions furent produites par de la chaux, mélangée à de l'eau et à du sable ; de telle sorte que non seulement la chaux pure est dangereuse pour l'œil, mais encore le mélange appelé mortier. Une condition très importante pour la gravité des lésions produites, consiste naturellement dans la quantité de matière introduite, et dans la durée de son séjour au contact de l'œil, dans les culs-de-sac conjonctivaux ou sur la cornée. On peut éviter de graves inconvénients en retirant aussitôt la substance dangereuse, ou en employant sur le champ un mélange oléagineux.

Quand l'œil est atteint par la chaux ou ses combinaisons, il se produit ordinairement des altérations d'ordre chimique. Généralement l'élévation de température de la chaux, c'est-à-dire la brûlure produite par le mélange, n'a qu'un rôle secondaire ; c'est d'ailleurs ce qui résulte d'expériences faites par M. Schmidt-Rimpler. A côté de ces altérations d'ordre chimique, notons encore le rôle que joue la substance dans l'œil, en tant que corps étranger.

Si le mélange nocif reste plus ou moins longtemps en contact avec la cornée, la vue peut être plus ou moins compromise ; on peut alors noter des troubles superficiels de la cornée, avec ou sans perte de l'épithélium. Ces plaques d'opacité ne sont généralement pas uniformes, mais présentent à considérer de petits trous, qui livrent passage à la lumière. Par contre, on peut aussi observer des opacités complètes de la cornée, ne laissant même plus apercevoir la couleur de l'iris.

Le plus souvent, on observe au début une anesthésie complète des zones altérées ; la douleur au toucher est très diminuée ; néanmoins elle peut reparaître au bout d'un certain temps ; dans un cas, elle reparut 2 semaines après l'accident.

Dans les brulûres graves, la vision d'abord en partie conservée peut disparaître complètement ; des vaisseaux envahissent la cornée, et il se forme un tissu cicatriciel, qui produit un leucome absolument opaque. Ce leucome paraît constitué par un albuminate de chaux très difficilement soluble.

Souvent, l'iris change de couleur ; l'iritis et l'hypopion ne sont pas rares; on observe même quelquefois de la choroïdite séreuse, avec phthisie oculaire consécutive.

Les vaisseaux peuvent persister très longtemps dans les leucomes cornéens, consécutifs à ces brulûres ; et, d'un autre côté, ces leucomes s'éclaircissent très rarement.

Quand la chaux reste localisée sur une partie très limitée de la conjonctive ou la cornée, il peut en résulter des ulcères circonscrits, mais profonds, avec ou sans participation des régions avoisinantes.

Ces brulûres par la chaux gênent l'organe de la vision, non seulement par les troubles de la cornée, mais encore par les rétractions cicatricielles de la conjonctive, qui constituent soit une gêne fonctionnelle pour les mouvements de l'œil, soit un foyer d'irritation continuelle.

La sclérotique est moins souvent atteinte par ces brulûres, dues à la chaux vive.

Quant à la *thérapeutique* de ces lésions, il est de toute nécessité d'éloigner le plus vite possible la chaux de l'œil, ou de rendre inoffensifs les parcelles de chaux, qui y restent. Cette ablation n'est pas toujours très facile à réaliser, surtout quand il s'agit de la paupière supérieure et quand la conjonctive est boursouflée par l'inflammation.

Les parcelles de chaux assez volumineuses, qui sont facilement abordables sur la cornée ou la conjonctive, doivent être enlevées avec du coton, ou de la toile fine, imbibée d'huile, s'il est possible. L'arrachement de quelques lamelles épidermiques a peu d'importance ; quant aux dangers d'infection qu'on pourrait redouter, il est tout à fait insignifiant pour les régions brûlées par la chaux. En tout cas, il faut passer outre ces considérations, et retirer à tout prix la chaux de l'œil. Il serait également bon de nettoyer les culs-de-sac conjonctivaux, au moyen

d'une injection d'huile. Si l'huile manque, on peut aussi se servir d'eau. L'auteur a souvent employé ce procédé, et il n'a jamais noté l'élévation de température que Andreac semblait craindre par suite du mélange de ce liquide avec la chaux. Cependant il faut dire que l'eau dilue la chaux, pénétrée dans l'œil, et par suite a de la tendance à la répandre dans tous les recoins, tandis que l'huile la rassemble et forme aussitôt une couche isolante à la surface de la conjonctive, qui n'est pas atteinte par la chaux.

L'auteur a fait des expériences sur des lapins, et il a vu que l'huile n'enlevait pas complètement à la chaux son pouvoir nocif; néanmoins, elle a une influence favorable sur les lésions, et semble calmer les douleurs plus vite que l'eau pure, contrairement à ce que prétendait Andreac. L'eau, non seulement diluerait les parcelles de chaux, ainsi qu'il a été dit plus haut, mais encore les répartirait dans les culs-de-sac conjonctivaux, d'où elles seraient très difficiles à extraire.

En somme, nous devons préférer l'huile à l'eau, bien que celle-ci, même en quantité abondante, ne puisse éteindre l'inflammation. Toutefois, si l'on est obligé d'avoir recours à l'eau, il faut l'employer en injections, et non en simples lavages, afin d'entraîner le plus possible de parcelles de chaux, hors de l'œil.

Quelques mots à présent sur les injections d'huile. Le jet devra être suffisamment fort pour entraîner les parcelles de chaux mécaniquement. Peut-être l'élimination des parcelles de chaux imbibées d'huile est-elle un peu plus pénible que par l'eau, mais il faut tenir compte de ce fait que la chaux non éliminée est moins nuisible et moins diluée; ce qui est un avantage sérieux. Au besoin on peut encore faire suivre l'injection d'huile d'une injection d'eau.

Andreac conseille d'avoir dans chaque chantier de construction une bouteille, renfermant environ 500 gr. d'huile, et un irrigateur. L'auteur préfère à l'irrigateur une seringue contenant environ 100 gr. : le jet serait moins fort, et plus facile à supporter que celui de l'irrigateur.

Andreac recommandait aussi une solution de sucre pour laver l'œil atteint ; tel n'est pas l'avis de l'auteur, qui préférerait l'eau pure à la solution sucrée.

En résumé, Schmidt-Rimpler recommande pour éliminer le plus rapidement possible la chaux dans le cas de brûlure :

1° D'ouvrir aussitôt l'œil, dont les paupières sont vite contracturées par suite de la douleur, d'enlever mécaniquement toutes les parcelles de chaux visibles, surtout sur la cornée et le globe oculaire. Cette opération est facilement réalisable avec un morceau de toile, ou du coton, trempé dans l'huile ; si l'huile manque, un morceau de toile de lin peut suffire. Il faut opérer d'une manière très rapide ; l'ablation de lamelles épidermiques a peu d'importance en pareil cas. On se servira au besoin de l'écarteur pour retourner les paupières ; la paupière supérieure a une tendance marquée à recéler des parcelles de chaux. Contre la douleur, on emploiera au besoin des instillations de cocaïne.

2° De faire un lavage soigné et abondant avec de l'huile, au moyen d'une seringue de 100 gr., dont l'aiguille aura environ 2 mm. de diamètre. On la place dans l'angle externe de l'œil, en dirigeant horizontalement son jet sur le globe oculaire ; ensuite on poussera une injection plus forte sous les paupières inférieure et supérieure surtout. Si on n'a pas d'huile, on peut se servir d'eau.

S'il ne se trouve pas de médecin sur place, une personne quelconque peut effectuer ces manipulations. L'essentiel est d'opérer rapidement. On présente ensuite le malade au médecin, qui complète l'opération. Contre les douleurs, on emploie ensuite des instillations d'huile, des cataplasmes d'eau froide, ou d'eau boriquée, ou encore des instillations de cocaïne. Plus tard on emploiera la chaleur humide pour faciliter l'élimination des parties mortifiées. Comme mesure prophylactique, on recommandera la plus grande prudence aux personnes destinées à manier la chaux ou ses composés.

Dr Georges.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Le transport des contagieux en chemin de fer.

M. le Dr Baudot, chef du service médical de la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest, a tenu à entretenir les membres du Congrès d'hygiène d'une question déjà soulevée plusieurs fois dans les Sociétés savantes, et notamment par M. Vallin, dans un mémoire que nous avons analysé l'année dernière, l'*Hygiène des transports en chemin de fer*.

Voici le résumé de la communication de M. Baudot :

« La transmission des maladies contagieuses par l'intermédiaire des chemins de fer a préoccupé, ces dernières années, les médecins, les hygiénistes et les pouvoirs publics.

De la conception des maladies contagieuses, de l'étiologie bacillaire de la tuberculose, étaient nés trois moyens scientifiques de prophylaxie de ces maladies :

L'isolement ;

La désinfection ;

L'interdiction de cracher à terre.

Les Compagnies s'empressèrent de déférer aux demandes des pouvoirs publics et édictèrent des règlements relatifs aux mesures à prendre pour le transport des voyageurs atteints de maladies contagieuses.

Ces mesures sont les suivantes :

Lorsqu'un voyageur est reconnu ou supposé atteint d'une affection contagieuse ou épidémique, la gare de départ le signale au chef de train, afin que cet agent ne laisse pénétrer dans le compartiment occupé par le malade aucun voyageur que la ou les personnes qui l'accompagnent.

Le chef du train doit d'ailleurs isoler le compartiment par une plaque portant le mot « Réservé ». Il ne retire cette plaque qu'après avoir prévenu le chef de cette gare. Il rend compte de ce fait dans son rapport journalier.

Dès que le malade a quitté le compartiment où il voyageait, le chef de gare d'arrivée fait fermer à clef le compartiment, puis le fait munir d'étiquettes : A désinfecter.

De même, si une personne demande à débarquer en cours de voyage, dans une gare inter-

médiaire, par suite d'indisposition de nature suspecte, le chef de la gare de débarquement fait évacuer, fermer à clef et étiqueter le compartiment quitté par le malade ; la voiture est ensuite retirée du train aussitôt que possible et dirigée d'urgence sur le poste du petit entretien chargé de procéder à la désinfection des voitures à voyageurs.

Mais, il n'existe aucune loi, aucun arrêté en France obligeant les voyageurs à déclarer qu'ils sont atteints d'une maladie contagieuse, et cette déclaration n'a pas lieu.

En effet, en ce qui concerne la Compagnie de l'Ouest :

Il n'y a eu que 11 voyageurs en 1898 et 16 en 1899 qui ont déclaré être atteints d'une maladie contagieuse.

Et l'Ouest transporte plus de cinquante millions de voyageurs par an !

Il est donc bien certain que des voyageurs atteints de maladies contagieuses montent dans les wagons sans déclarer leur état, et se trouvent, par suite, à côté de personnes saines auxquelles ils peuvent transmettre leur maladie.

Dans certains pays, en Angleterre, par exemple, existe une loi, en vertu de laquelle est passible d'une amende, toute personne qui, pendant qu'elle est atteinte d'une maladie contagieuse, entre dans une voiture publique sans donner avis de sa maladie.

D'autre part, peut-on désinfecter les compartiments de façon que tous les germes morbides soient détruits ?

Non. Il n'existe pas actuellement un procédé efficace de désinfection applicable aux voitures à voyageurs, telles qu'elles sont aménagées.

Aussi les médecins qui se sont occupés de la prophylaxie des maladies contagieuses dans les chemins de fer ont-ils insisté sur la nécessité de modifier l'aménagement des voitures de chemins de fer, afin de les rendre plus facilement désinfectables.

En présence de ces difficultés, on a pensé qu'il y avait lieu de construire des wagons spécialement destinés au transport des voyageurs atteints de maladies contagieuses.

Ces wagons auraient des parois que l'on pourrait laver facilement avec un liquide antiseptique et toutes les pièces d'aménagement seraient mobiles et pourraient être passées à l'étuve.

Il y aurait un de ces wagons dans chacun des grands centres.

Il serait interdit aux voyageurs atteints de maladies contagieuses de monter dans les voitures ordinaires ; on mettrait à leur disposition un de ces wagons.

La Compagnie de P.-L.-M. a adopté en principe cette idée, et la construction d'un wagon spécial destiné aux voyageurs atteints de maladies contagieuses est à l'étude.

L'Est possède, du reste, une voiture aménagée spécialement pour le transport des malades ».

Du langage de M. le Dr Baudot il résulte, comme de celui de M. Vallin : 1° que les Compagnies paraissent disposées à entreprendre la construction de voitures spéciales destinées au transport des contagieux ; 2° qu'il faudra trouver un texte légal qui oblige les intéressés à user de ce que l'on aura fait pour eux.

Cela ne sera peut-être pas le plus facile.

Le ministre des travaux publics vient de soumettre, dit-on, à ses collègues, avant de l'envoyer au Conseil d'Etat, un projet de revision de l'ordonnance de 1846 portant règlement d'administration publique sur la police, la sécurité et l'exploitation des chemins de fer.

Ce projet vise deux buts principaux :

1° Mettre les prescriptions techniques de la réglementation actuelle, dont quelques-unes sont surannées ou tombées en désuétude, en harmonie avec les progrès réalisés depuis plus d'un demi-siècle dans l'exploitation des chemins de fer.

2° Renforcer les pouvoirs de police du ministre.

Il est à souhaiter qu'on ne laisse point passer cette occasion de donner satisfaction aux hygiénistes. H. J.

CLIMATOLOGIE

Station hivernale d'Ajaccio (1).

Nous avons déjà entretenu nos lecteurs, dans deux articles antérieurs, publiés au cours de l'année 1899 dans le *Concours médical*, des avantages exceptionnels que présente le climat d'Ajaccio comme station hivernale merveilleusement appropriée à la cure aéro-diététique de la tuberculose pulmonaire à ses différents degrés.

Un séjour récent à Ajaccio nous permet de compléter les notions météorologiques, que nous avons à peine abordées ; nous les devons à l'extrême obligeance de M. le Directeur de l'Ecole normale d'Instituteurs de la Corse.

Pluie	Nombre de jours.	Quantité en mm.
Novembre	1	8
Décembre	11	104.19
Janvier	14	77.50
Février	10	102.80
Total	36	242.40

Vent (force).

Novembre	1.36
Décembre	1.93
Janvier	1.74
Février	1.60

Température	Moyenne des maxima.	Moyenne des minima.
Novembre	19.05	9.83
Décembre	13.26	6.53
Janvier	16.17	7.07
Février	14.88	5.52

Pression barométrique	9 h.	12 h.	3 h.
Novembre	765.106	764.995	764.694
Décembre	757.39	758.03	757.17
Janvier	757.55	754.20	756.68
Février	755.344	754.116	754.133

La température moyenne du mois d'octobre donne 23.9.

La moyenne donne 13.82.

Le thermomètre du mois de novembre donne :

Midi 18.50
2 heures 13.82

(1) Voyez le n° 3 du 20 janvier 1899 et le n° 45 du 11 novembre 1899.

On peut se convaincre par l'inspection du tableau ci-dessus que la moyenne hivernale d'Ajaccio indiquée, 13°5 par le Dr Petit (d'Armentières), et par nous-même, 14°, est justifiée ; Madère seule réalise cette moyenne.

Le vent, qui règne à Ajaccio, souffle plus souvent de terre que de mer et serait plus intense, s'il n'était tempéré par la chaîne de montagnes, qui enserre la ville jusqu'à la mer ; en raison de la formation granitique du sol, l'atmosphère est exempte de poussières, aussi bien que les brouillards sont rarissimes, malgré l'imprégnation marine constante de l'air ; elle conserve une humidité moyenne, qui est la note toni-sédative d'Ajaccio, et rend son climat si favorable aux bronchitiques prétuberculeux ou tuberculeux.

A Ajaccio on ne connaît ni le vent nord-est de la côte méditerranéenne, de Nice notamment, ni le siroco d'Alger, dont les inconvénients pour les voies aériennes suspectes ne sont pas à rappeler ; c'est une des rares stations hivernales françaises, dans lesquelles la vie au grand air, base fondamentale du traitement hygiénique de la tuberculose, est possible toute la durée du jour, et où le chauffage des chambres, sommaire d'ailleurs, n'est de rigueur que le matin en décembre et en janvier. Le pardessus de demi-saison, endossé dans la soirée, est le seul vêtement complémentaire de l'hiver.

Quels sont donc les malades tuberculeux, à qui nous devons conseiller le climat toni-sédatif humide d'Ajaccio, soit au point de vue curatif, soit au point de vue palliatif ?

En premier lieu, les sujets atteints de poussées aiguës et récentes, plus ou moins récidivées, doivent être envoyés le plus tôt possible à Ajaccio de fin d'octobre à avril : c'est le triomphe de la méthode aéro-thérapique à l'air libre, par le nombre des guérisons ou des rétro-actions obtenues.

Les phtisies laryngées initiales et aphoniques seront très favorablement modifiées par la cure climatérique d'Ajaccio ; à plus forte raison les tuberculoses bacillo-cavitaires plus ou moins avancées.

Une des formes les plus redoutables de la phtisie, la *phtisie pneumonique*, celle qui procède par poussées congestives péri-bacillaires, est précisément celle, assez connue d'ailleurs chez les gens du monde, revêtant presque toujours un caractère éréthique qui répond le mieux aux indications du climat ajaccien. A ce titre nous résumons l'observation suivante :

Un jeune fonctionnaire, âgé de 30 ans, sans tare héréditaire, me fut adressé du centre de la France au mois de novembre 1899, ayant eu plusieurs hémoptysies moyennes et rapprochées pendant l'été, et ayant émigré, avec hyperthermie vespérales régularisée (37°5 à 38°5).

Il présentait des craquements limités aux deux fosses sus-épineuses, toux fréquente, surtout nocturne ; expectoration discrète, très peu bacillifère, sans fibres élastiques ; digestibilité et appétit conservés ; grande impressionnabilité ; énervement continu.

Installation dans une vaste chambre ensoleillée, exposée au sud sur le bord de la mer, avec larges fenêtres ouvertes le jour, persiennes seules fermées la nuit, repos à peu près permanent sur chaise longue, avec des ascendances thermométriques diurnes allant jusqu'à 30° et 36°.

Régime largement substantiel et réparateur : comme unique médicament quinze à trente centigrammes de trional, pour provoquer ou maintenir le sommeil nocturne.

Sous l'influence de ce traitement une amélioration progressive et notable s'établit, la toux, celle de la nuit particulièrement, est rare, les râles des sommets se restreignent, le pouls est stationnaire, les forces et le moral se remontent, l'hyperthermie vespérale se maintient de un demi à un degré.

Quand dans les premiers jours de février M. X... à la suite d'une assistance à la messe de la cathédrale, où il est entré le corps en sueur, prend froid, et contracte une pleuro-pneumonie droite, avec point de côté sous-mammaire et signes stéthoscopiques caractéristiques ; la température s'élève jusqu'à 40°5. Pointes de feu. Ventouses sèches, chlorhydrate de quinine, alimentation restreinte jusqu'à la défervescence qui se prononce le quinzième jour.

M. X... quitte Ajaccio dans les premiers jours de février.

Répétons que, sur toute la côte méditerranéenne, à Nice particulièrement, il y a des jours et des heures, où l'impression du froid devient très vive et, même à température égale, plus nocive pour les bronches que dans le Nord, et où l'air, plus sec, plus irritant, détermine des aphonies, voire même des localisations laryngées, qui ne sont pas à redouter dans le milieu toni-sédatif d'Ajaccio.

A la suite de cette observation, nous ajoutons quelques détails pratiques sur l'installation hivernale et sur les communications d'Ajaccio avec le continent.

Une élégante colonie irlandaise, dont les villas luxueuses sont toutes situées sur le bord de la mer, est fixée à Ajaccio presque toute l'année ; dans une rue voisine, et parallèle au golfe d'Ajaccio, sont situés les différents hôtels, de construction récente, qui réunissent, à des prix modérés, toutes les exigences du confortable moderne ; nombreuses aussi les maisons neuves, qui louent des appartements meublés ou non. Il sera prudent, avant la prise de possession, de réclamer une désinfection générale au formol, qui présente toutes les garanties.

La saison d'hiver ajaccienne peut durer cinq mois, six mois au plus, la chaleur des six autres mois étant excessive. Mais les malades, qui veulent éviter des déplacements onéreux, ou compromettants pour leur santé, peuvent émigrer sur les hauts plateaux de l'Ile, où ils trouveront la fraîcheur pour l'été et pourront en même temps faire une saison d'altitude, voire même une intervention hydro-minérale (1).

Les communications de la Corse avec l'Europe septentrionale ont lieu par la voie la plus courte, par Livourne-Bastia (6 heures de mer) ; celles avec la France s'effectuent directement par Marseille-Ajaccio (17 heures de mer) et Nice-Bastia (10 h. de mer). Nous omettons les communications avec l'Afrique.

Les communications de la Corse avec la France sont l'objet d'une étude attentive de la part du Gouvernement et de nombreuses améliorations sont attendues dans les services postaux, surtout depuis le Congrès de la tuberculose de Berlin, qui a reconnu que la *station* hivernale d'Ajaccio était la première de toutes les stations du monde pour la guérison de la

(1) Voyez les deux numéros du « Concours » précités.

tuberculose ; la *Société amicale de la station hivernale d'Ajaccio* et du *Progrès de la Corse*, qui a pris cette question en main, promet, elle aussi de prochaines et radicales transformations dans les services postaux et commerciaux. Attendons ; c'est une question de vie ou de mort pour la Corse.

Dr Tartarin.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Maire et président de la Commission hospitalière.

La satisfaction que j'ai publiquement et sommairement exprimée en voyant consacrer par le ministre l'incompatibilité entre les fonctions de médecin d'hôpital et celle de membre de la Commission administrative, et les critiques formulées par le Docteur Sorel, du Havre, tendent à me prêter des sentiments qui ne sont pas absolument les miens. Je demande donc à revenir rapidement sur ce sujet et à m'expliquer.

Qu'il soit dit et entendu une fois pour toutes que les médecins chargés d'assurer le service dans un hôpital délégueront un des leurs pour les représenter légalement au sein de la Commission administrative dont il sera membre, c'est ce que demandait le confrère Jeanne dans ses Propos du jour de septembre 1898, no 38 : « Obligez-les (les médecins d'hôpital), disait-il, « à désigner un d'entre eux pour tous les rap- « ports avec la Commission en le faisant agréer « par celle-ci..... »

C'est parfait, aussi bien avec la réglementation arbitraire actuelle, qu'avec le recrutement assuré par voie de concours. Ce délégué détiendra ses pouvoirs et son autorité de ses confrères « qui pourront — dit M. Jeanne — le changer « quand il aura cessé de plaire ». Il sera médecin avant tout et défendra *avant tout* les intérêts médicaux s'il est en même temps maire de la commune, il fera partie de la Commission quand même, non plus comme maire, mais comme médecin.

Ce n'est plus le cas du maire qui, médecin en chef de l'établissement hospitalier, prétend présider, *de droit*, la Commission et pourra être appelé à donner son avis, *avec voix prépondérante* sur les faits d'ordre médical qui se présenteront. S'il est animé des sentiments de la plus ordinaire confraternité, il aura suffisamment de délicatesse pour faire preuve de désintéressement et même s'abstenir.

Mais s'il est personnellement en cause, s'il fait bon marché de ses devoirs professionnels, comme il sera à la fois juge et partie, il y a gros à parier qu'il fera pencher la balance de son côté. Aussi n'est-ce pas tant l'incompatibilité légale, mise en suspicion par le Dr Sorel, que je revendique dans ce cas, mais bien l'état de choses établi par la circulaire ministérielle du 27 décembre 1897 (publiée dans le no 15 du *Concours* — 1898). « Il convient pour concilier « les intérêts en présence de recommander aux « maires qui se trouvent dans cette situation « de s'abstenir *d'une façon absolue* de présider la « Commission administrative... .. »

Cette formule me satisfait pleinement, car, ce qui est attristant dans cette affaire, « c'est de voir, dit M. Jeanne, (et je termine sur cette citation « qui répond entièrement à mes opinions) que le « corps médical ne s'élève pas avec l'énergie « suffisante contre les intrigues qui prolongent « l'abus ; *que quelques-uns des nôtres, même, ne* « *craignent pas de s'abaisser jusqu'à y jouer le* « *rôle d'instigateurs, de complices ou de bénéfi-* « *ciaires* ».

Ce sont ces QUELQUES-UNS, plus nombreux, hélas ! qu'on ne croit, qu'il faut, quand c'est possible, rappeler à une plus sincère appréciation de leurs droits et surtout de leurs devoirs.

Dr Duchesne.

L'encombrement médical

Bessèges, le 24 septembre 1900.

Monsieur le Directeur,

Les propositions faites jusqu'ici par vos divers correspondants pour supprimer ou atténuer l'encombrement médical, n'ayant paru satisfaire ni vos lecteurs ni vous-même, j'ai l'honneur de vous soumettre une solution nouvelle de cette importante question.

Je pose tout d'abord deux principes, pour moi véritables axiomes et que tout médecin *consciencieux* reconnaîtra tels après une courte réflexion.

Ces principes, les voici : 1° Il est impossible à un homme d'apprendre le métier de médecin dans cinq ans d'études. 2° Les examens sont inutiles et même nuisibles tels qu'on les subit aujourd'hui.

Le premier principe ne trouvera pas, j'espère, un seul sceptique. Lorsque vous avez fait pendant un an de la physique et de la chimie ; de l'anatomie, de l'histologie et de la physiologie, les deux années qui suivent, et qu'il ne vous reste que deux ans pour faire de la microbiologie, de l'hygiène, de la médecine légale et de la clinique, pensez-vous suffisant le temps accordé à celle-ci ? Car, en somme, voici l'ordinaire programme de l'enseignement hospitalier : L'étudiant suit l'hôpital le matin pendant ses 3e, 4e et 5e années. Or si vous enlevez chaque année trois mois de congé de fin d'année scolaire, 15 jours à Pâques, 10 jours au premier janvier et que vous ajoutiez, les dimanches et les jours de fête — non seulement ceux du calendrier, mais les autres — il ne reste plus guère que 8 mois de stage par an. En trois ans, c'est 24 mois pendant lesquels vous devrez apprendre la petite et la « moyenne » chirurgie, la médecine, les accouchements, la gynécologie, les maladies de la peau, des yeux, du nez, des oreilles, du larynx — des dents, pour ceux d'entre nous qui sont à la campagne — sans oublier les maladies spéciales des enfants et des vieillards que l'on trouve à chaque pas dans la clientèle, et aussi les maladies mentales dont la connaissance serait si nécessaire à cette heure, devant les tribunaux. Bref, un programme monstre et où cependant rien n'est de trop lorsqu'on n'habite pas la ville et qu'on ne peut prévenir un confrère spécialiste au moment voulu.

Et encore, combien de fois ne vous est-il pas arrivé de voir le matin à l'hôpital, de petits « Lefert » à couverture rouge entre les mains des candidats de la semaine. Ah ! ils se soucient bien de l'évolution de la pneumonie du no X ou de la chute brusque de la température chez le typhique du coin, ceux qui doivent exposer le

soir la manière de reconnaître les taches de sperme, ou établir la différence d'agglutination du b. coli et de l'Eberth, on enfin exposer devant un professeur d'anatomie qui a signalé le fait, le nombre des anomalies musculaires de l'avant-bras. Je retiens donc ce 1er point. L'enseignement clinique est insuffisant et je passe à la 2e proposition. Inutilité des examens.

Pour convaincre les plus incrédules, je n'aurais qu'à reprendre l'argumentation des adversaires du baccalauréat. Elle s'applique ici dans toute sa rigueur. Mais je serai bref et ne relèverai que ce qui nous intéresse.

J'ai dit plus haut, et presque tout le monde est de mon avis, que le temps des études était insuffisant pour faire un médecin. Or, que signifient les examens ? Précisément le contraire, c'est-à-dire que vous êtes capable de faire un médecin, puisque vous les avez subis avec succès. Etrange combinaison ! A qui ferez-vous accroire, en effet, qu'après votre examen d'histologie vous êtes capable de reconnaître une coupe du foie ou de la rate, que les cellules que vous observez ne proviennent pas d'une coupe transversale et que la coupe voisine perpendiculaire à la première ne vous paraît pas d'un tout autre organe ? Quand vous aurez brillamment disserté sur les races et les variétés du b. coli, pourrez-vous le reconnaître d'un b. d'Eberth modifié ? Plaisanterie, vous dis-je, et cependant les examens font foi de votre science.

Donc, des examens sérieusement subis ne suffisent pas à montrer que vous connaissez votre métier ; mais même ces examens les subit-on sérieusement ? Quel est celui qui ne doit rien au hasard ou à la recommandation ? L'un est parent de professeur, et « il faut s'entr'aider, c'est la loi de nature », l'autre va dans une famille, où est reçu l'examinateur ; celui-ci est recommandé par un jésuite et celui-là par un franc-maçon, tandis que le voisin est appuyé par un homme politique ou une femme qui ne l'est pas. D'aucuns se découvrent des parentés insoupçonnées, des alliances, à des degrés préhistoriques, et tout cela va contribuer au succès de l'examiné futur.

D'autres, malgré leurs recherches généalogiques n'ont pu trouver de recommandations auprès des Maîtres; ils vont se recommander eux-mêmes, ce qui est fort bien, mais de la manière suivante qui est fort mal, ils vont aux cours, écrivent sans relâche sur de grands cahiers, sténographiant la parole du professeur dont il faut être l'ami, relevant la tête pour approuver d'un petit air entendu, souriant aux saillies trop souvent piteuses du futur juge, bref, « composant sur César leur geste et leur visage ». Ceux-ci encore accompagnent le Maître à sa sortie, répètent ses bons mots, portent sa serviette et demandent l'explication de choses qu'ils ont admirablement compris. M. Daudet appelle ce genre-là le lèchement de pieds. Le mot est juste. Aussi quand viendra le jour du jugement, le Maître mettra-t-il sur le compte d'une excessive timidité l'ignorance crasse de son candidat. Comment ne saurait-il pas, puisqu'il ne manquait pas le cours et qu'il comprenait ? Je faisais plus haut la part du hasard : quel examiné peut la nier ? Quel est celui qui n'a pas réussi une question qu'il savait, lorsqu'il en ignorait tant d'autres.

Mais, cependant, dira-t-on, certains élèves subissent brillamment un examen et sont capables. D'accord, mais ceux-là sont l'élite, les internes par exemple, et n'allez pas croire encore que s'ils ont oublié de saluer l'examinateur en ville, s'ils ont ri à son cours lorsqu'il a accouché d'une bêtise, ou s'ils ont voulu montrer qu'ils préféraient la méthode de Duplay à la sienne, ils ne seront pas ajournés. Les exemples sont nombreux de ces petites vengeances, et je fais appel pour cela aux souvenirs de mes confrères pour qu'ils puissent se rappeler des exemples !

Comme je le disais tout à l'heure, je ne reprends pas le procès du baccalauréat ; tout a été dit à ce sujet et s'il reste des lecteurs hésitants après mon exposé, je leur recommande l'argumentation des adversaires de l'examen en général. Ils seront convaincus.

J'arrive maintenant à mon sujet : le remède à l'encombrement médical ?

Il découle des deux propositions que je viens d'exposer, et c'est pourquoi je les ai exposées, car, ce qui précède admis, la conclusion s'impose.

Aux deux principes, deux remèdes :

1° Durée plus longue des études.

2° Suppression des examens.

En faisant durer plus longtemps les études, vous remplissez un double but : 1° d'avoir des médecins plus expérimentés ; 2° d'empêcher certains jeunes gens de commencer des études « qui n'en finissent pas ». Parmi ces derniers vous éliminez la plupart de ces fils de petits commerçants ou petits propriétaires, qui se saignent aux veines pour pouvoir faire de leur fils un Monsieur, qui s'en ira ensuite neuf fois sur dix, crever de faim en attendant une clientèle, ou qui s'éreintera physiquement et intellectuellement, nouveau Bovary, pour ne pas pouvoir payer les robes de sa femme, alors que ce même Monsieur aurait très bien vécu commerçant ou propriétaire, ou bien aurait pu s'en aller trouver le bien-être dans une colonie quelconque. Mais alors, dira-t-on, vous réservez l'étude de la médecine aux privilégiés de la fortune ? Attendez la fin et vous, farouches démocrates, serez aussi satisfaits. Combien de temps devront durer les études ?

Ceci mérite d'être discuté, mais j'estime qu'un minimum de sept ans est indispensable, et voici comment :

Première année. — Physique, chimie, etc.

Deuxième année. — Anatomie, histologie et physiologie. Cours des travaux pratiques.

Troisième année. — Comme en deuxième avec en plus un stage hospitalier, consacré à la chirurgie (petite chirurgie, chirurgie infantile, grande chirurgie, chirurgie d'urgence, etc.

Quatrième année. — Six mois : maladies de la peau et maladies vénériennes. Trois mois maladies mentales.

Cinquième année. — Accouchements et gynécologie (six mois au minimum).

Sixième année. — Trois mois : laryngologie, otologie, rhinologie et ophtalmologie, comme clinique médicale, maladies des enfants et des vieillards.

Septième année. — Continuer clinique médicale et revenir à la clinique chirurgicale.

Je pense qu'il n'y a pas de superflu dans cet emploi du temps.

Le médecin évitera ainsi de faire son apprentissage sur ses malheureux premiers clients.

2° Suppression des examens.

Comment remplacer les examens ? De la façon suivante.

A la fin de chaque trimestre d'études l'élève en médecine prendra son inscription. Ne pourront prendre leur inscription que les élèves pourvus d'un certificat d'assiduité à l'hôpital. Mais cela existe déjà. C'est vrai, mais ce certificat est trop souvent affaire de complaisance. Or, ce que j'exige c'est précisément la suppression de cette complaisance. Tous les matins, en arrivant à l'hôpital, le stagiaire signera une feuille de présence, qu'il signera également à la fin de la visite. Le chef de clinique (1) veillera, autant que faire se pourra, à ce qu'un camarade n'imite pas la signature d'un absent, et à la fin du trimestre, on contrôlera ces listes avant de délivrer le certificat d'assiduité. S'il y a trois absences dans le trimestre — jours fériés exceptés (2), — pour quelque cause que ce soit maladie ou autre motif, le certificat sera impitoyablement refusé et l'étudiant devra recommencer son trimestre pour obtenir son inscription,

J'entends d'ici les objections et les réflexions de vos lecteurs ; mais c'est draconien ! Autant rester au lycée. Il n'y a plus de vie d'étudiant ! Qui ira accomplir de pareilles études avec un tel rigorisme ? on délaissera la médecine ! Mais, mon cher confrère, voilà précisément ce que nous demandons, c'est-à-dire que seuls, les ardents, les amoureux de notre belle science soient admis à l'étudier et à l'exercer.

Lois draconniennes, dites-vous ! Mais, je vous prie, ne doit-on pas surveiller autant celui à qui va échoir bientôt une responsabilité formidable, que celui qui se prépare tout doucettement à parader dans les salons, à commander quelques piteux tourlouroux où à faire creuser des galeries ! — Et la transition se fera sans brusquerie, puisque déjà existe la feuille d'inscription pour les travaux pratiques, et l'appel pour le stage hospitalier. Il n'y aura qu'un peu plus de surveillance à apporter dans ces « manœuvres » déjà existantes.

Ce stage obligatoire donnera-t-il de meilleurs résultats que les examens ? Au point de vue clinique, le seul qui nous intéresse, nous praticiens, et qui intéresse les malades, oui. Le Maître pourra rendre très profitable cette assiduité forcée. On ne quittera pas l'hôpital au 3e jour d'une pneumonie dont on aura vu le début et dont on suivra l'évolution. On verra les complications d'une fièvre typhoïde : on saura opérer une hernie étranglée à mesure qu'on en verra davantage, au lieu d'en rencontrer une par hasard.

Et, laissons même de côté — ce qui comptera beaucoup en réalité — l'esprit didactique du professeur ; imaginons un étudiant qui viendra à l'hôpital, les yeux battus, étouffant des bâillements, indifférent à tout ce qui n'est pas un amusement, supposons-le indifférent, 20, 30 jours, il faudra bin que cet homme se dise le 31e jour : Mais enfin, puisqu'il me faut venir tous les matins, autant regarder et écouter, cela me distraira ; mais je le répète, le professeur sera là d'un grand secours en faisant relever des observations, faire des examens pratiques, etc.

Nul doute qu'au sortir de ses études, le Docteur qui aura suivi ce travail-là le temps que j'indique, ne soit de beaucoup supérieur cliniquement, aux avortons médicaux de l'heure actuelle qu'une recommandation, le hasard ou le bagout ont sauvés de l'examen.

Ai-je encore un contradicteur ? Cela vous paraît-il une utopie ? Voyez les internes, lorsqu'ils arrivent à la fin de leurs études, s'occupe-t-on de leurs examens ? Non, ils sont reçus d'avance. Eh bien, par cette méthode l'étudiant devient presque un interne et tout le monde y gagne.

Cela diminuera-t-il le nombre des médecins ? Evidemment.

Vous ne trouverez que peu de fils de riche famille qui consentent à continuer leur internat de lycée pendant 7 à8 ans. D'autre part, les enfants des petits commerçants ou propriétaires n'arriveront pas à imposer un aussi lourd sarrifice à leur famille. Restent les fils de bourgeois. Mais ceux-ci aussi trouveront trop longues ces études qui ne permettent d'avoir une position qu'à 30 ans et au prix de quelle vie. Car les bourgeois singeront les riches. Ainsi, deviendront seuls étudiants en médecine ceux qui auront réellement la passion du métier, que ne rebuteront ni un long et sévère apprentissage, ni des dépenses considérables, ni l'ennui de n'exercer qu'à 30 ans, ni enfin la tristesse de faire 3 ans de service. Car je n'oublie pas qu'à 28 ans, ceux qui n'auront pas terminé, iront faire 3 ans de service militaire. — Je dois dire que je demanderais de reporter le service à la fin des études, et de faire faire un service médical au lieu d'un inepte maniement d'armes.

J'avoue, en terminant, que si quelqu'un tient absolument à des examens, je ne vois aucun inconvénient à conserver les deux « cinquièmes » à la condition toutefois de les faire subir dans un hôpital où le candidat n'aura jamais mis les pieds. Les élèves de Lyon, par exemple, iront subir à Paris ou à Montpellier cette épreuve définitive, et nous aurons alors un peu de considération pour ces examens à la condition que l'examinateur soit très sévère.

Voilà, trop longuement exposée, la solution que je propose. Je vous serais reconnaissant de me donner votre appréciation à son sujet.

Veuillez agréer, etc.

Dr Rieu-Villeneuve.

Bessèges (Gard).

(1) Ou toute autre personne.

(2) Je serais même d'avis de rendre obligatoire la visite à l'hôpital le dimanche.

CORRESPONDANCE

Cette, le 27 sept. 1900.

Les honoraires du chirurgien d'hôpital dans la loi sur les accidents.

Très cher Confrère,

Vous avez bien voulu me donner à la fois conseils et encouragements au sujet de mes revendications d'honoraires pour soins aux ouvriers *hospitalisés* à la suite d'accidents du travail ; il est donc tout naturel que je vous tienne au courant des résultats acquis.

La Commission administrative de l'hôpital, bien que n'ayant encore pas étudié la question officiellement, a autorisé le Secrétaire à exiger du patron responsable, dans les 24 heures de l'admission du blessé, une triple caution portant : 1° sur les frais de nourriture et de logement (2 francs) ; 2° sur les frais de médicaments et objets de pansement ; 3° sur les honoraires chirurgicaux.

La Commission a ainsi recouvré déjà certains frais de médicaments. Quant à moi, je n'ai encore envoyé que deux notes à des patrons ayant signé la triple caution.

L'une d'elles m'a été payée *sans discussion* (22 visites à 2 fr. et 5 pansements à 2 fr.) par les soins du représentant de la Cie d'assurances à laquelle était assuré le patron. Celle-ci paraît donc accepter le principe de sa responsabilité pécuniaire, mais cela veut-il dire qu'elle acceptera toujours mon tarif, qui est celui du Concours ?

D'autre part, j'ai envoyé une note de 230 fr. pour amputation de cuisse faite avant que l'administration n'exigeât la triple caution : aucune réponse, non plus qu'à un avis de rappel. Evidemment, la Cie d'assurance qui est derrière encourage le patron à la résistance ; je vais d'ailleurs sans tarder citer celui-ci en justice de paix, afin de provoquer une décision sur la question de principe. Je m'empresserai de vous faire connaître le résultat de l'affaire.

Je poursuis donc mes revendications à la fois par voie administrative et judiciaire.

J'ai d'autre part essayé d'intéresser à cette cause le syndicat médical de l'Hérault, mais celui-ci, conformément à l'avis du professeur Grasset et de Me Guibal, conseil judiciaire, a décidé qu'il ne lui appartenait pas de s'en occuper et que la question ne devait pas sortir des attributions des commissions administratives auxquelles seules il appartenait d'établir individuellement tels règlements à ce sujet.

C'est, comme vous l'avez vu, ce que j'ai essayé d'obtenir, en proposant notamment l'adoption des délibérations de l'hospice de Laval.

En attendant la suite de la campagne administrative, si après une décision quelconque du juge de paix, je suis amené à aller en cassation, je devrai y aller seul, car logiquement le Syndicat ne saurait me soutenir d'après sa première décision sur la question.

Je dois ajouter que j'ai obtenu de lui qu'il sollicitât auprès du Conseil général l'établissement du tarif d'assistance chirurgicale réclamé par le ministre et d'ailleurs indispensable aux juges de paix pour l'application de la loi dans le cas du choix du médecin par le malade.

Le syndicat proposa, sur ma demande, le tarif du Concours, mais le Conseil général a, paraît-il, rogné grandement, et d'après les quelques tuyaux que j'ai eus, le tarif adopté serait même inférieur à celui des Compagnies d'assurances (!).

Ce tarif est à l'impression ; inutile de vous dire que je l'attends avec impatience. Devrai-je m'y conformer, bien qu'il n'ait pas été établi pour mon cas ; je ne le crois pas, et je maintiendrai celui du Concours. Mais le juge de paix, s'il me donne gain de cause, ne se croira-t-il pas obligé de me l'imposer ? Et, dans ce cas, si ce tarif est inférieur à celui des Compagnies d'assurances, celles-ci vont sans doute en profiter pour réduire les honoraires de leurs médecins, ou envoyer le plus grand nombre de blessés à l'hôpital afin de n'avoir à payer — si toutefois elles y sont condamnées — que le tarif le plus infime, par exemple, 50 fr. pour amputation de cuisse au lieu de 100 qu'elles offrent à leurs médecins (sans jamais les leur donner d'ailleurs, puisque tous les grands traumatismes vont à l'hôpital, à l'œil).

Je me trouverais donc en fin de compte avoir desservi mes confrères des assurances, alors que j'espérais au contraire leur être utiles par mes revendications, soit en déterminant les Compagnies à envoyer moins fréquemment leurs blessés à l'hôpital, soit en fournissant à mes confrères l'occasion d'exiger un relèvement des tarifs.

Inutile de vous dire que je serais désolé d'avoir provoqué un pareil résultat.

Voilà, cher Confrère, quel est l'état de cette grosse question à Cette. Si vous jugez que l'exposé ci-dessus présente quelque intérêt pour nos nombreux confrères du Concours, vous en pourrez faire tel usage que vous voudrez. Mais surtout je serais très heureux de connaître les réflexions que cet exposé pourrait vous suggérer.

Veuillez agréer, etc. Dr P. Ducloux.

Remercions d'abord notre confrère de n'avoir pas, comme tant d'autres, laissé ignorer au Concours et au Sou médical le résultat des efforts et démarches auxquels nous nous sommes vivement intéressés.

Reconnaissons maintenant que la décision prise par la Commission administrative est digne de toute approbation et que la mesure devrait, sous l'impulsion des médecins, se généraliser au plus tôt.

D'autre part, M. Ducloux enregistre la satisfaction qui lui a été donnée par une Compagnie qui a couvert pleinement l'assuré en payant les honoraires du médecin d'hôpital. Seulement il ajoute : « Faut-il en conclure qu'elle acceptera toujours mon tarif, qui est celui du Concours ? » A cela nous répondons qu'il n'obtiendra sans doute jamais l'engagement formel et écrit de la Compagnie (nous croyons que la « Participation » seule le prend). Mais, qu'importe, si, en fait, la Compagnie s'exécute quand le patron aurait à s'exécuter ? Elle ne veut pas de contrats : nous n'avons aucune raison non plus d'en rechercher, tant qu'il y a devant nous un responsable, le chef d'entreprise, qu'il ne faut pas hésiter à poursuivre sans se préoccuper de savoir qui le pousse à la résistance.

Nous sommes étonnés que le Syndicat s'efface dans cette question d'intérêt général. Ailleurs, on s'est très bien trouvé de ce que les Syndicats aient pris l'initiative d'éclairer les Commissions hospitalières, et de les empêcher de céder à ce qui serait un empiètement sur le domaine du pauvre.

C'est encore à lui qu'il appartient de démontrer au Conseil général, comme cela s'est fait dans le Nord, le Pas-de-Calais, la Gironde, etc..., que le tarif chirurgical d'assistance gratuite ne grèvera pas son budget, puisqu'il vise les *assurés* seuls, le chirurgien d'hôpital soignant pour rien les *assistés*, très rarement traités à domicile en cas de blessures graves.

Enfin, l'insuccès actuel des démarches faites dans ce sens, conduit notre confrère à craindre : 1° que les Compagnies poussent tous leurs sinistrés à l'hôpital ; 2° que les décisions des juges de paix ne substituent le tarif du Conseil général à celui dont les médecins de la région se font les champions.

Ces craintes sont exagérées.

En effet, les blessés n'entreront abusivement à l'hôpital que si les médecins traitants ont la faiblesse inexplicable de céder, contre leur conscience, aux suggestions des agents ou des Compagnies. Et s'ils éprouvaient ainsi quelque préjudice ils n'auraient à s'en prendre qu'à eux-mêmes et non à celui qui résiste aux exactions.

De même, n'oublions pas *qu'il a été jugé* que

l'application du tarif d'assistance du département vise les seuls cas où l'ouvrier a refusé le médecin désigné par le chef d'entreprise. Or, ces cas ne seront pas assez nombreux pour conduire à la généralisation du tarif du Conseil général : celui-ci doit rester et restera l'exception,.... si les médecins le veulent.

Conclusions.— Que M. le Dr Ducloux persiste dans sa bonne aititude; qu'il y soit soutenu par tous, car c'est l'intérêt de tous qu'il défend ; que le Syndicat lui vienne énergiquement en aide par tous moyens utiles.

De son côté, le Sou médical, dont il est membre, épouse sa cause, et fera tout son possible pour lui procurer les éléments du succès.

H. J.

REPORTAGE MÉDICAL

Concours pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire à l'école d'application du service de santé militaire. — Conformément à l'article 4 de la loi du 14 décembre 1888, un concours s'ouvrira, le 17 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'école d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine à l'emploi de médecin stagiaire.

Il ne sera pas ouvert, en 1900, de concours pour l'admission des pharmaciens de 1re classe à l'emploi de pharmacien staginaire.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre nés ou naturalisés Français ;

2° Avoir eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1900 ;

3° Avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée ; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de 2e classe au moins (1) ;

4° Souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

Les épreuves à subir seront :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la guerre (direction du service de santé, 1er bureau, personnel et mobilisation) avant le *1er décembre prochain.*

Ces pièces sont :

1° Avant l'entrée à l'école :

1° Acte de naissance revêtu des formalités prescrites par la loi ;

2° Diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves) ;

3° Certificat d'aptitude au service militaire ;

4° Certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ;

5° Indication du domicile où sera adressée, en cas d'admission, la commission de stagiaire.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

2° Aussitôt après l'admission à l'école :

L'engagement spécial prévu par le décret du 5 juin 1899 de servir pendant six ans au moins dans l'armée active, à partir de la nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe.

Les médecins stagiaires reçoivent au moment de leur nomination un brevet les liant au service dans les conditions du paragraphe 1er de l'article 30 de la loi du 15 juillet 1889.

Les stagiaires sont rétribués, pendant leur séjour à l'école d'application du service de santé militaire, sur le pied de 3,096 fr. par an ; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une première mise d'équipement reversible au Trésor en cas de licenciement, démission, non-obtention du grade d'aide-major ou non-accomplissement des six années effectives de service à partir de la nomination à ce dernier grade.

Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés aides-majors de 2e classe.

Ceux qui n'auront pas satisfait seront licenciés.

Contre la peste. — Par décret du ministre de l'intérieur il est stipulé que : « Les navires provenant des localités reconnues contaminées de peste ou portant des objets énumérés à l'article 3 du décret du 15 avril 1897 ne peuvent pénétrer en France ou en Algérie que par les ports de Dunkerque, le Havre, Saint-Nazaire, Pauillac, Marseille et Alger.

» Le ministre de l'intérieur déterminera les autres ports qui pourraient également être ouverts à ces provenances, par exception et sous reserve de conditions spéciales résultant de l'état sanitaire des navires à leur arrivée ou de la nature de leur chargement. »

Automobiles et médecins. — Du 1er janvier au 30 août, près de 1,500 plaques pour automobiles ont été délivrées en Belgique.

— Une Société médicale automobile est en voie de formation en Belgique. Constituée sous forme de coopérative, le but de cet organisme sera de faciliter aux médecins, par un achat en commun, et par conséquent, à des conditions très réduites l'acquisition d'un véhicule automobile, cela en vue surtout des praticiens de la campagne qui ont souvent de grandes distances à parcourir avant d'être au chevet de leurs malades.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4555. — M. le Docteur Belin, de Briec de l'Odet (Finistère), présenté par M. le Docteur Colin, de Quimper et membre du Syndicat du Sud-Finistère.

N° 4556. — M. le Docteur Perret, de Dinard (Ille-et-Vilaine), membre du Syndicat des médecins d'Ille-et-Vilaine.

NÉCROLOGIE

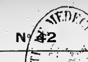
Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs les décès de MM. les Docteurs Caillet, de Luynes (Indre-et-Loire) ; Cury, de Liart (Ardennes) ; Raffy, de Négrepelisse (Tarn-et-Garonne) et Kemmerer de Raffin, de St-Martin-de-Ré (Charente-Inférieure), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : **A. CÉZILLY.**

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

(1) Les médecins appelés à concourir doivent remplir, en ce qui concerne la vision, les conditions prévues par l'annexe du 1er octobre 1894 à l'instruction du 13 mars 1894 sur l'aptitude physique au service militaire.

Vingt-deuxième année. N° 42 20 OCTOBRE 1900



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

des membres du « Concours médical », de l'Association amicale, du Sou médical, de la Caisse des Pensions, de la Financière médicale, etc...

Le Conseil de Direction a fixé la date de cette Assemblée au *Dimanche 18 novembre* à 2 heures, dans les salons du restaurant Marguery, 36, boulevard Bonne-Nouvelle.

Le Banquet aura lieu à 7 heures et pourront y assister tous les adhérents des œuvres du « Concours Médical ».

Le Conseil prie, avec instance, tous les membres du Concours d'envoyer *de suite* leurs propositions à l'Assemblée générale pour qu'il ait le temps de procéder à leur examen et de les inscrire, s'il y a lieu, à l'ordre du jour.

Il les invite, en outre, à aviser de suite de leur intention d'assister à l'Assemblée générale et au banquet.

Nous publierons l'ordre du jour au prochain numéro.

PROPOS DU JOUR

Le bien des pauvres.

Ce fut, au Congrès, une explosion d'indignation quand M. le Dr Thiéry nous montra, par les exemples suivants, recueillis, presque sans effort, combien le patrimoine des pauvres était mal défendu contre les abus.

Faut-il citer, disait-il :

— Ce négociant de Philippeville, qui amène tous les jours en voiture sa fille à l'hôpital (Charité) pour y dérober les soins que nécessite une coxalgie.

— Ce jockey (rue de P., 30) qui, de son aveu même, gagne 25.000 francs par an, et vient consulter pour une entorse à la Pitié.

— Cette femme, qui nous avoue venir d'Amérique en France pour consulter, et qui vient échouer à la consultation gratuite de la Pitié.

— Ce caissier d'une grande maison de commerce, dont les émoluments dépassent 20.000 francs, sans compter ses parts bénéficiaires, et qui s'étonne qu'à la consultation gratuite de l'Hôtel-Dieu on ne l'ait pas fait passer le premier.

L'Exposition actuelle nous permet de faire en ce moment une curieuse statistique sur les nombreux provinciaux qui, venus à Paris pour se divertir, « *en profitent* » pour consulter... à l'hôpital ! Depuis deux mois leur nombre s'accroît chaque jour à notre consultation.

Et dans la classe des hospitalisations nous signalerons :

— Cette femme d'un colonel bulgare qui, envoyée par son mari pour se faire opérer dans une maison de santé à Paris, trouve très naturel de dépenser dans les magasins la somme réservée aux honoraires, se fait laparotomiser par moi à l'hôpital Saint-Louis, et disparaît sans avoir versé à l'Assistance publique les 250 francs qui représentent ses frais de séjour.

— Cette jeune femme qui, venue de Russie se faire opérer à l'hôpital Saint-Louis, va achever de rétablir sa santé en Italie avant de retourner se fixer en Russie.

— Cette chanteuse russe qui, *fort bien appointée*, demande à être opérée gratuitement chez elle ! (*sic*), *ou se verra dans l'obligation d'entrer à l'hôpital.*

— Cette marchande de meubles qui, éconduite de la consultation de l'hôpital où elle voulait entrer, se fait opérer chez elle, pour un adénome du sein, par un médecin qu'elle peut rétribuer largement.

— Ce fils d'un auteur dramatique des plus connus qui, opéré dans une maison de santé, non seulement oublie de rémunérer son chirurgien, mais

vient ensuite le consulter à l'hôpital, bien que son père jouisse d'une situation des plus aisées en ville et à la campagne *où* il possède une propriété.

— Cette dame qui, éconduite de l'hôpital, verse 400 francs à son médecin pour application d'un appareil plâtré nécessité par une fracture du radius.

— Cette grande modiste de la rue de la P. qui, pour une laparotomie, vient aussi réclamer les soins de l'hôpital.

— Ce riche industriel qui fait entrer sa fille à l'hôpital pour la faire opérer d'une hernie crurale droite, et qui se scandalise à l'idée qu'on l'ait fait passer de sa chambre dans la salle commune, au profit d'une autre malade dont le délire et l'agonie troublaient le repos de ses voisines.

— Ces hommes politiques, ces acteurs célèbres, ces auteurs dramatiques, qui, peut-être faute d'un argent qu'ils n'ont pas su économiser, ne craignent pas, tout en se lamentant sur la situation précaire des indigents et nécessiteux, de prendre à un indigent le lit qu'il aurait dû occuper.

— Citons encore Mme B., femme d'un grand expéditeur de fruits, gibiers, œufs et primeurs du Lot, atteinte de salpingite. Son mari, en raison de ses nombreux voyages à Paris et de ses relations aux Halles, se vante de connaître « *tous les trucs* ». Il amène sa femme à Paris, la fait opérer à l'Hôtel-Dieu, et, rentré chez lui, déclare « *urbi et orbi* » que les malades devraient toujours se faire opérer à l'hôpital où les soins sont excellents, et où, pour 5 francs par jour, tout est fourni aux malades, etc., etc., etc.

Eh bien ! tout cela va changer.

Nous en trouvons l'espoir dans un petit fait que nous apporte la grande presse.

Deux internes de l'hôpital Boucicaut eurent faim, l'autre soir, avant de se mettre au lit. Ils empruntèrent à l'office les éléments d'une omelette et d'un dessert luxueux représenté par une douzaine de pruneaux. C'était frugal, mais abusif.

L'œil de la Direction, qui ne se ferme plus depuis les révélations de M. Thiéry, avait tout vu.

Suspension temporaire et interdiction de séjour dans les salles de garde ne se firent pas longtemps attendre. Elles durent peut-être encore à l'heure où nous écrivons ces lignes.

En vérité, je vous le dis, les temps nouveaux sont enfin venus.

Seulement, comme par hasard, les médecins sont les premières victimes de la réforme.

Cela leur prouvera qu'on les a écoutés.

II. J.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'hématozoaire de Laveran.

L'*hœmamœba malariæ* ou hématozoaire du paludisme présente deux variétés que l'on peut désigner sous les noms de *parva* et de *magna*, d'après les dimensions des éléments parasitaires. Lorsqu'un malade, dans le sang duquel on a constaté au Sénégal, par exemple, H. *malariæ*, variété *parva*, rentre en France et qu'il a des rechutes de fièvre, on trouve d'ordinaire dans le sang H. *malariæ*, var. *magna* ; il ne s'agit pas d'espèces différentes, mais de simples variétés.

« La technique applicable à l'étude de Hœmamœba malariæ, dit M. Laveran, dans une récente communication au Congrès de Médecine de Paris, a fait, dans ces dernières années, de notables progrès. Koch, Ziemann, Nocht, Ruge ont perfectionné la méthode de Romanowski ; j'ai indiqué un procédé de coloration des noyaux des hématozoaires endoglobulaires, qui me paraît d'un emploi plus facile et plus sûr que la méthode de Romanowski primitive ou modifiée.

« Les recherches de Simond, de Schaudinn et de Siedlecki sur les Coccidies ont éclairé d'un jour tout nouveau la question si discutée des flagelles de l'hématozoaire du paludisme. Il est aujourd'hui démontré, que ces flagelles sont des éléments mâles destinés à féconder des éléments femelles. Les observations faites par Mac Callum, Opie, Koch, Marchoux ne laissent aucun doute sur ce rôle des flagelles ; personne ne soutient plus qu'il s'agit de formes de dégénérescence de l'hématozoaire.

« Dès 1884, M. Laveran a émis l'hypothèse que *H. malariæ* se trouvait, en dehors de l'organisme humain, à l'état de parasite des moustiques. Cette hypothèse, qui s'appuyait sur des présomptions nombreuses, a été vérifiée par les belles recherches de R. Ross, complétées elles-mêmes par celles de Koch, de Grassi, de Bignami et de Bastianelli.

« Tous les *Anopheles* semblent pouvoir servir à la propagation du paludisme ; sur un grand nombre de points du globe on a constaté déjà la coexistence des *Anopheles* et de l'endémie palustre ; au contraire dans les localités salubres on ne trouve que des *Culex*.

« Les *Anopheles* qui ont piqué des individus atteints de fièvre palustre peuvent infecter des individus sains ; on trouve dans les glandes salivaires de ces insectes, des germes (blastes de R. Ross) qui sont inoculés avec le produit de sécrétion des glandes venimo-salivaires. Il serait toutefois prématuré de conclure que le paludisme est toujours inoculé ainsi. On contracte souvent le paludisme dans les lieux inhabités ; le fait que les travaux de terrassement et de défrichement donnent souvent lieu à des recrudescences de l'endémie palustre, est aussi difficile à expliquer, si l'on admet que le paludisme est toujours inoculé par des *Anopheles* qui se sont nourris de sang palustre.

« Bien que certains points restent encore obscurs, il n'est pas douteux que, dès maintenant, il ne faille inscrire en première ligne, dans la prophylaxie du paludisme, les mesures de protection contre les moustiques. Il importe aussi de prévenir les rechutes de fièvre chez les anciens palustres, afin que ces malades ne servent pas à l'infection des *Anopheles*.

« Le professeur Koch a fait, en Afrique et à Java, des observations favorables à l'existence d'une immunité acquise chez les indigènes des contrées palustres ; cette immunité serait la conséquence d'une atteinte de paludisme dans le jeune âge. Des faits nombreux montrent que les indigènes des contrées palustres tombent le plus souvent dans un état de cachexie qui exclut, à vrai dire, les manifestations aiguës du paludisme, mais qui ne mérite pas le nom d'immunité. Les tentatives faites pour obtenir l'immunité artificielle contre le paludisme ont échoué jusqu'ici. »

Le trional et la paraldéhyde.

M. le Dr *Ropiteau* a consacré sa thèse à l'étude des meilleurs modes d'administration médicamenteuse du trional et de la paraldéhyde comme hypnotiques. Tout d'abord, M. Ropiteau a mis

en évidence la solubilité du trional dans les huiles ; cette constatation permet de prescrire le trional sous des formes médicamenteuses faciles à ingérer et contenant, sous un petit volume, et en dissolution, la dose médicamenteuse moyenne de trional.

On pourra avoir recours, avec avantage, à l'une des formules suivantes :

POTION ÉMULSIVE

Solution huileuse de trional à 5 %.......	60 grammes.
Mucilage de Carragaheen à 5 %.........	70 —
Glycérine...........	15 —
Eau de laurier-cerise.	10 —

Mêlez. — Chaque cuillerée à soupe contient 30 centigrammes de trional et 1 gramme d'eau de laurier-cerise.

LAVEMENT

Solution huileuse de trional à 8 %.......	10 grammes.
Jaune d'œuf..........	n° 1
Lait..................	125 grammes.

Pour un adulte.

SUPPOSITOIRE

Trional..............	0 40 centigr.
Beurre de cacao......	4 grammes.

Pour un adulte.

Trional..............	0 05 centigr.
Beurre de cacao......	2 grammes.

Pour un enfant.

Le trional n'est pas seulement soluble dans les huiles végétales, il l'est aussi dans la paraldéhyde ; l'association de ces deux médicaments constitue un nouvel hypnotique quatre à cinq fois plus actif que le trional, et qui peut être employé assez longtemps sans crainte d'accoutumance, ni d'accumulation.

Les formules suivantes peuvent être recommandées.

POTION

Solution huileuse normale de trional et de paraldéhyde.......	45 grammes.
Mucilage de Carragaheen..............	90 —
Kirsch..............	15 —

Mêlez. — Chaque cuillerée à bouche contient 30 centigrammes de trional et 60 centigrammes de paraldéhyde pure.

(La solution normale est ainsi préparée par M. Ropiteau :

Trional..............	1 gramme.
Paraldéhyde.........	2 —
Huile d'amandes douces	15 —

Mélanger trional et paraldéhyde dans un flacon fermé, agiter, puis ajouter l'huile et achever la dissolution au bain-marie à 60 degrés.)

LAVEMENT

Solution normale de trional et de paraldéhyde............	8 à 15 grammes.
Jaune d'œuf.........	n° 1
Lait.................	125 grammes.

Pour un adulte.

SUPPOSITOIRE

Trional..............	0 20 centigr.
Paraldéhyde.........	0 40 —
Beurre de cacao......	4 grammes.

Pour un adulte.

Trional..............	0 05 centigr.
Paraldéhyde.........	0 15 —
Beurre de cacao.....	1 gramme.

Pour un enfant.

CAPSULES GÉLATINEUSES

Trional..............	0 05 centigr.
Paraldéhyde.........	0 10 —
Huile d'amandes douces................	0 70 —

Pour une capsule, n° 20, deux à huit par jour.

Traitement de l'hépatite dysentérique par la saignée du foie.

M. le Dr *Remlinger*, médecin-major à Tunis, recommande, dans un récent article de la *Revue de Médecine*, la méthode du traitement de l'hépatite dysentérique par la saignée du foie, fort employée par les chirurgiens anglais en Inde.

La dysentérie provoque entr'autres complications la congestion, l'hépatite aiguë et l'abcès du foie. Ces affections présentent du reste entre elles de grandes analogies cliniques et, bien que le diagnostic soit possible à l'aide de quelques caractères différentiels que donne notre confrère, c'est la ponction qui dans la majorité des cas fixera le diagnostic. Cette ponction est sans inconvénients ; elle est la première étape du traitement chirurgical, si on a affaire à un abcès ; elle constitue le premier temps de la « saignée du foie » s'il s'agit d'une hépatite non suppurée. En effet, si le trocart, enfoncé dans différentes directions, ne ramène que du sang, il y a indication à prolonger et à favoriser l'écoulement sanguin de façon à réaliser la « saignée ».

« Pour ce faire, la grosse aiguille de l'appareil Potain doit être préférée à des instruments de dimensions moindres ; il est souvent nécessaire de procéder à une aspiration énergique. Enfin, il n'y a aucun danger, en cas d'écoulement sanguin insuffisant, à traumatiser légèrement la substance hépatique avec l'extrémité de l'aiguille. La quantité de sang à soustraire semble devoir varier entre 50 et 100 grammes. L'aiguille retirée, la petite plaie est obturée avec une légère couche d'ouate hydrophile imbibée de collodion. On n'a jamais observé à la suite de cette opération la moindre hémorragie. L'amélioration est en général très rapide. Dès le lendemain, le malade se déclare soulagé et on observe une chute parfois définitive de la température. Le foie demeure hypertrophié pendant quelque temps encore, puis il se retire derrière les fausses côtes et le malade guérit.

« Comment agit la saignée du foie ? C'est ce qu'il est bien difficile d'établir. Agit-elle mécaniquement en décongestionnant la glande hépatique ? Agit-elle au contraire en enlevant du foie un certain nombre de microorganismes et en favorisant la leucocytose vis-à-vis des microbes demeurés dans la glande ? On ne peut faire à ce sujet que des hypothèses. »

Désinfection par la Formacétone

M. Eug. *Fournier* a présenté, au Xe Congrès d'Hygiène et de démographie, un très intéressant mémoire sur un nouveau procédé de désinfection par la formacétone.

Tout d'abord, il part de ce principe que les gaz ou les vapeurs peuvent seuls donner une désinfection parfaite des locaux de toutes dimensions, nus ou garnis, habités ou non.

Il ajoute que d'après ses recherches :

1° La Formaldéhyde, sous n'importe quelle forme, n'agit pas en profondeur, c'est-à-dire en pénétration ;

2° De tous les produits employés, la formacétone, à base de formaldéhyde et d'acétone, peut être considérée comme le désinfectant le plus énergique et comme un des insecticides les plus actifs, sinon le plus actif;

3° Les proportions de vapeurs nécessaires sont en raison directe du cubage du local et du volume des objets poreux ou absorbants ;

4° Il est indispensable d'humidifier préalablement les locaux et les objets par une projection de vapeur d'eau acétonée ;

Ces vapeurs, comme celles de formacétone, ne sont pas inflammables et ne forment pas avec l'air de mélange détonant ;

5° Les projections doivent être faites à une pression de 4 kilos; cette pression doit être maintenue pendant toute la durée de la projection.

6° La durée de contact des vapeurs désinfectantes est en raison inverse de la température. A la température ambiante de Paris, elle ne peut être inférieure à vingt-quatre heures et n'agit que sous une faible épaisseur ; si la température du local est amenée à 40 degrés ou à 42 degrés, elle est réduite à six heures ; à 85 degrés, dans la formacétone étuve, elle n'est plus que d'une heure et sa pénétration est aussi grande que possible.

Dans ces deux derniers cas, on utilise, pour le chauffage, l'excès de calorique nécessité par les projections ;

7° La désinfection des vêtements épais, celle des objets de literie, ne sont complètes qu'à 85 degrés; mais si la pénétration de ces objets se fait de l'intérieur à l'extérieur au moyen de projecteurs à lances-sondes spéciales, le même résultat est obtenu à la température de 40 degrés à 42 degrés ;

8° Après une immersion de deux heures dans de l'eau formacétonée à 3 p. 100, et même à 2 p. 100, les linges souillés sont stérilisés et peuvent être soumis au lessivage, sans essangeage préalable, et sans présenter le moindre danger pour le personnel préposé au blanchissage.

Les drains, les sondes, les compresseurs et les bandages en caoutchouc sont stérilisés de la même façon.

9° Dans les localités dépourvues d'appareils de désinfection, les vêtements sont stérilisés par immersion ; après rinçage et séchage, un coup de fer permet de leur rendre leur aspect primitif ;

10° Les instruments de chirurgie, les sondes et les bougies sont stérilisés par la formacétone, d'une façon très pratique, à 45 degrés, dans une étuve spéciale, sans en éprouver aucune altération.

Perforation typhique de l'intestin et de ses annexes.

Les perforations typhiques de l'intestin ont d'une part une telle gravité, la thérapeutique médicale est d'autre part, tellement impuissante, que la chirurgie a tenté d'en entreprendre la cure.

Tout d'abord, au point de vue étiologique, c'est presque toujours de dedans en dehors, de la muqueuse vers la séreuse, que ces perforations se produisent, dit M. le Dr *N. Mauger*, dans sa thèse, et l'on peut, pratiquement, négliger les cas où la perforation se fait de dehors en dedans par rupture d'un abcès ganglionnaire ou d'une collection purulente de voisinage.

C'est vers le 3e septénaire de la fièvre typhoïde que se produit d'habitude la perforation ; elle se montre généralement dans les dothiénentéries graves, soit consécutivement à des hémorrhagies, soit, plus souvent, à la suite d'une alimentation intempestive et précoce.

La perforation typhique est, le plus habituellement, *unique*, et *petite* ; elle siège dans les soixante derniers centimètres de l'iléon, et quelquefois à l'appendice. Le danger de cette lésion est que sa conséquence la plus immédiate est la péritonite suraiguë généralisée.

« La perforation intestinale se présente à l'observateur sous des modalités cliniques très différentes. Parfois, et particulièrement dans les formes adynamiques, elle est tout à fait latente, une péritonite généralisée emporte le malade avant que le diagnostic ne soit posé. Mais le plus souvent, elle se traduit par un ensemble de symptômes caractéristiques. Une douleur abdominale subite et violente, d'abord localisée (point de Mac Burney), annonce la perforation ; presqu'aussitôt apparaissent les premiers symptômes de collapsus : la face se grippe, les extrémités se refroidissent et se couvrent de sueurs visqueuses, le pouls devient fréquent et misérable, la température s'abaisse. La douleur ne tarde pas à se généraliser à tout l'abdomen, l'hyperesthésie, la constipation, la rétention d'urine qui l'accompagnent trahissent l'irritation et la souffrance de la séreuse péritonéale.

« L'examen physique de l'abdomen donne alors les résultats suivants : « les muscles abdominaux, contracturés, résistent à la main qui cherche à les déprimer, la *défense musculaire* est précoce et constante. Le ventre est partout sonore, la matité hépatique peut même disparaître, et cette disparition constituer un signe précieux. Ces différents symptômes s'accusent d'heure en heure, le ballonnement s'accroît, la paroi abdominale ne se soulève plus, le hoquet survient, la dyspnée augmente, la respiration est courte, pénible, haletante, la voix est cassée, les extrémités se cyanosent. La mort survient le deuxième ou le troisième jour, quelquefois avant, rarement après. »

« Ces derniers symptômes peuvent s'accompagner des signes physiques habituels de l'épanchement, mais il est rare que ce dernier soit assez abondant pour donner lieu à des symptômes nets.

« La valeur respective des différents symptômes de la perforation peut être ainsi précisée. La précocité et la constance du symptôme *douleur*, le fait qu'elle est parfois le seul signe évi-

dent suffisent à lui attribuer une importance séméiologique extrême : il en est de même des *variations du pouls* : « lorsque le nombre des pulsations, relativement peu élevé dans la fièvre typhoïde par rapport à la température, s'élève brusquement et perd de son ampleur, il faut surveiller le péritoine ; la *fréquence* et la *dépression* du pouls doivent donc, au cas de dothiénentérie confirmée, faire réserver le pronostic. La *température* du début a donné lieu à des interprétations diverses, hypothermie pour M. Dieulafoy, hyperthermie pour M. Lereboullet. Ces deux modifications s'observent avec une égale fréquence ; aussi l'examen de la température constitue-t-il un signe incertain et susceptible d'induire en erreur le clinicien. Les *modifications de la physionomie, l'existence du tympanisme abdominal*, la *défense musculaire* présentent au contraire une grande importance pronostique et devront toujours être soigneusement recherchées.

« Le *diagnostic* des perforations ne comporte guère de difficultés serieuses que lorsque la fièvre typhoïde est latente. Il faudra éliminer alors la hernie étranglée, l'occlusion intestinale, l'appendicite perforante, les perforations de la vessie, de l'utérus et de la vésicule. Lorsque la perforation survient au cours d'une dothiénentérie manifeste, le diagnostic s'impose le plus souvent. Mais parfois le tableau clinique est peu net. C'est alors qu'il faudra peser la valeur de chaque symptôme, se rappeler que l'hyperthermie peut accompagner la perforation, mais qu'on l'observe également au cour d'une rechute, d'une appendicite paratyphoïde, d'une complication suppurative de la convalescence. Réciproquement, l'hypothermie n'est pas toujours symptomatique d'une perforation : elle peut être causée par une hémorrhagie intestinale ou même survenir au cours d'une fièvre typhoïde normale (Jaccoud). On a signalé des abaissements considérables, avec frissons et collapsus, survenus après le bain. Les complications pulmonaires, les épistaxis répétées, l'apparition des règles, l'avortement, etc., peuvent encore s'accompagner d'hypothermie. Il ne taut donc conclure directement de l'hypothermie, à la perforation que dans les cas où l'on ne saurait invoquer une des causes précédentes.

« Bien que la guérison ait été signalée (et particulièrement dans le cas de péritonites circonscrites à point de départ appendiculaire ou cæcal), le pronostic des perforations typhiques est grave, et courte la liste des guérisons signalées, surtout lorsqu'on la soumet à un examen méthodique. Les observations de Bucquoy, de Trousseau, de Cruveilhier, de Brühl, de Chantemesse constituent d'heureuses exceptions sur lesquelles il serait fort imprudent de compter et l'on peut poser en principe que *le pronostic des perforations traitées est presque toujours fatal*.

« D'où la nécessité d'un *traitement chirurgical* précoce ; cette intervention est *légitime* : *a*. les lésions sont habituellement uniques ; *b*. le point perforé se trouve assez facilement ; *c*. le siège approximatif de la perforation est connu ; *d*. l'occlusion de l'orifice se produit souvent quelques heures après l'opération. Elle est *nécessaire*, puisque le pronostic est absolument fatal dans les perforations non traitées ou traitées par les seuls soins médicaux (95 p. 100 de morts, Murchison). Les statistiques recueillies par M. N. Mauger élevant à 23 p. 100 la guérison post-opératoire de la perforation typhique, il n'est plus possible d'hésiter aujourd'hui et l'on peut dire que « *tant que le collapsus n'est pas absolu, tant que le malade n'est pas à l'agonie, on a le devoir d'intervenir* ». Sans doute, les résultats ne sont pas encore entièrement satisfaisants : ils le deviendront plus à l'avenir, lorsqu'on saura diagnostiquer de bonne heure les perforations et leur opposer dès le début, avant que le péritoine entier ne soit infecté, une intervention chirurgicale complète et méthodique. »

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis : M. le Professeur Fournier.

Des injections mercurielles insolubles.

Vous connaissez maintenant, Messieurs, les indications générales et la valeur thérapeutique des injections mercurielles solubles dont je vous entretenais dans ma dernière leçon (1).

Je vais aujourd'hui commencer l'étude d'une autre variété d'injections hypodermiques mercurielles qui, à l'inverse de la précédente, procède par piqûres espacées, faites tous les huit à dix jours et par doses massives, cinq centigrammes de calomel, par exemple, en une fois.

Disons-le tout d'abord, ce dernier procédé, désigné sous le nom de méthode des injections insolubles ou rares, constitue une arme thérapeutique de premier ordre avec laquelle le médecin réalise souvent des résultats surprenants, quelquefois même merveilleux ; l'injection de calomel, qui en est le type, est indiscutablement le moyen curatif le plus puissant que nous possédons actuellement contre la syphilis.

J'ai tenu à affirmer catégoriquement devant vous, en premier lieu, la haute valeur de cette médication, car, dans un instant, il me faudra signaler à son actif des inconvénients graves et même de véritables dangers.

Il y a quelque quarante années, certains syphiligraphes pensèrent qu'en introduisant sous la peau d'un malade une préparation insoluble de mercure, celle-ci se solubiliserait peu à peu, lentement et pour ainsi dire suivant les besoins de l'organisme. Ils croyaient ainsi constituer une réserve médicamenteuse, un approvisionnement mercuriel où, tous les jours, la circulation sanguine et lymphatique serait venue puiser les quantités de mercure nécessaires à la guérison définitive de la syphilis.

Evidemment cette idée théorique ne pouvait être qu'une illusion, une utopie, et la pratique ne l'a pas sanctionnée. Elle eut même des conséquences fâcheuses, voire néfastes, en raison surtout des doses énormes de mercure qui furent alors employées.

Eh ! bien, nous n'en devons pas moins cependant un grand tribut d'hommage à son auteur, Scarenzio, de Pavie. Partant de cette conception originale, il eut le courage de sortir de la routine et le mérite de créer ainsi la méthode des injections rares. N'oublions pas, en effet, que si son procédé primitif était excessif et mauvais,

(1) Voyez *Concours médical*, n° 39, 29 septembre 1900.

il a néanmoins été le point de départ du traitement moderne actuel, qui est excellent.

Scarenzio introduisait dans l'organisme des quantités considérables de mercure, 20, 30 et quelquefois 40 centigrammes de calomel, en une seule fois. Comme conséquences, il en résultait fréquemment de véritables désastres : sous forme d'abcès, de stomatite, d'intoxication générale. A l'origine, vers 1865, chaque injection ou à peu près, donnait un abcès; les statistiques relèvent, en effet, 16 abcès sur 88 injections. Alors, la stomatite était la règle, et quelle stomatite ! Inflammation suraiguë, gangreneuse, effroyable, de la bouche, accompagnée d'une salivation profuse, avec une langue tuméfiée horriblement, un visage méconnaissable.... L'intoxication générale enfin se traduisait par de la pâleur, faiblesse du pouls, albuminurie, anurie, syncope, collapsus... mort ! Aussi, en pareil cas, dut-on faire une singulière opération à laquelle on donnait le nom plus singulier encore de *vidange de l'abcès mercuriel*.

En présence d'accidents aussi graves, on ouvrait le foyer de l'injection et on évacuait son contenu. Quelquefois, la vidange de l'abcès n'a pas suffi et le malade a succombé : mort d'une injection ! Je connais douze cas de mort dans ces conditions, soit avec le calomel, soit avec l'huile grise. Parfois même les quantités injectées n'étaient pas les doses folles dont nous parlons plus haut, dix centigrammes ont suffi dans un cas.

Or, une méthode qui comporte douze cas de mort, est nécessairement une méthode jugée.

L'injection dite de réserve, d'approvisionnement, est absolument condamnable et condamnée. Vous n'y aurez jamais recours, car c'est une médication aveugle dont on ne possède ni la clef, ni la direction. On ignore ce qui va se passer après l'injection ; on ne sait pas combien aujourd'hui il sera absorbé de calomel, combien demain ; on ne sait absolument rien de tout cela. Une fois le piston de la seringue arrivé au bas de sa course, on reste impuissant et désarmé.

Lorsque j'emploie les pilules ou les frictions mercurielles, il m'est facile, d'un instant à l'autre, de les augmenter, de les diminuer, de les suspendre ; mais l'injection une fois faite, il faut la subir et je ne puis alors qu'assister à ses résultats.

Certes, on l'a dit, nous possédons une soupape de sûreté, la vidange du foyer, mais au nom des malades je ne l'accepte pas, car je ne pratique jamais de gaieté de cœur une incision de six à dix centimètres de profondeur, une balafre de la fesse, aussi grande !

Pour ces raisons, l'injection massive est donc absolument et définitivement proscrite. Et cependant, de cette méthode barbare est né un procédé presque parfait, tolérable, qui constitue, à l'heure actuelle, le meilleur moyen que nous possédions d'agir sur la syphilis d'une façon intensive.

La transformation s'est accomplie avec le temps ; elle a été l'œuvre, non d'un seul homme, mais de tout le monde. Nous étions tous frappés, en effet, par les résultats magiques, les guérisons séance tenante obtenues par ces injections massives. Chacun disait : si nous pouvions débarrasser cette méthode de ce qu'elle a de fâcheux, de mauvais, pour la rendre praticable, nous aurions une médication de premier ordre. De nombreux syphiligraphes ont travaillé dans ce sens et c'est ainsi qu'est née la méthode actuelle des injections mercurielles rares.

Plusieurs éléments ont présidé à cette transformation : d'abord, la diminution notable des doses, puis l'emploi de l'antisepsie, le choix des régions tolérantes, la profondeur de la piqûre qui de sous-cutanée est devenue musculaire. Ainsi, s'est constitué le traitement nouveau, qui consiste à injecter, tous les huit à dix jours, une dose variant de cinq à huit ou dix centigrammes de calomel, chaque fois.

Vous connaissez déjà le manuel opératoire de ces injections. Les règles énoncées dans la précédente leçon doivent être toutes suivies avec la plus grande rigueur. L'antisepsie sera absolue, la piqûre faite profondément, dans les muscles eux-mêmes, et exécutée en deux temps. N'oubliez pas cette dernière recommandation, car vous risqueriez d'injecter des substances solides dans les vaisseaux sanguins, d'où embolie pulmonaire possible. En voici un exemple cité par Jullien : un jour, chez une jeune femme kabyle traitée par la voie hypodermique, du sang apparut au talon de l'aiguille. L'opérateur injecta quand même le calomel et, un instant après, la malade fut prise d'angoisse, d'oppression violente et d'hémoptysie.

De tous les composés mercuriels insolubles, quelle préparation convient-il de choisir ? De l'aveu de tous, le sel hydrargyrique le plus énergique et le plus sûr est le calomel à la vapeur, porphyrisé, lavé à l'alcool et séché, qui se formule de la manière suivante :

Calomel à la vapeur.....	0 gr. 50 centigr.
Huile d'olive stérilisée...	10 gr.

Un gramme de cette préparation contient cinq centigrammes de calomel.

Quelques auteurs ajoutent à la formule ci-dessus dix centigr. de cocaïne, soit environ un centigr. par seringue, mais, pour ma part, cette addition ne m'a pas paru contribuer sensiblement à atténuer les douleurs.

Quant aux doses à injecter, elles n'ont rien d'absolument fixe et varient avec les susceptibilités individuelles. Il existe, cependant, une moyenne habituellement bien tolérée qui est de 0 gr. 05 centigr. de calomel, soit une seringue de Pravaz de la précédente préparation. Cette dose est à la fois efficace et en général convenablement supportée. Toutefois, il va sans dire que, eu égard à l'âge, au poids du sujet et aux nécessités du cas, elle doit être parfois diminuée et pourra aussi être augmentée.

Personnellement, je donne le conseil de faire, tout d'abord, une première injection d'essai de trois centigrammes et, si celle-ci est bien tolérée, de porter la seconde à cinq centigrammes. De même, si cinq centigrammes restent inactifs, on montera jusqu'à six, huit et au besoin dix centigrammes.

L'opération sera répétée toutes les semaines ou, plus exactement, tous les huit ou dix jours. Une série de 4, 5 ou 6 de ces injections faites consécutivement constituent la cure de calomel.

Voilà le traitement. Examinons maintenant quels en sont les effets et la valeur thérapeutique.

En premier lieu, la cure de calomel est toujours, incontestablement, une médication active et puissante ; des milliers d'observations l'ont démontré.

Elle constitue, en outre, pour certains cas de syphilis, un traitement d'une énergie et d'une efficacité particulières. Ses résultats sont spécialement heureux sur :

les syphilides palmaires ou plantaires, lichenoïdes,

les syphilides tertiaires malignes, ulcéreuses ou gommeuses.

les glossites hypertrophiques.

Le traitement au calomel, enfin, procure dans quelques circonstances des effets véritablement extraordinaires, presque miraculeux. Ce troisième point est de beaucoup le plus intéressant.

Les exemples de ces cures merveilleuses abondent dans les recueils. En voici quelques-uns pris ici même dans notre service :

Un chancre phagédénique de la langue, de dimensions énormes, guéri en 15 jours par deux injections de calomel ;

Des syphilides tuberculeuses sèches modifiées dès la deuxième injection ;

Un phagédénisme nasal énorme, rebelle à tout autre traitement, guéri ;

Une glossite tertiaire, langue énorme, triplée de volume, ulcérée, guérie avec quatre piqûres ;

Une syphilis maligne précoce enfin, avec laryngite dyspnéique menaçante, guérie par une seule injection.

Tout cela relève du prodige. Aussi, je tiens à me déclarer un des fervents admirateurs de cette méthode et je ne lui ménage pas mes éloges.

Jugeant d'après les merveilleux résultats cités plus haut, certains syphiligraphes se sont, excusez-moi du mot, « emballés » et de cet enthousiasme est né une dangereuse exagération. On est arrivé à doter ce procédé d'une puissance quasi-divine, à le saluer en des termes dépassant toute mesure. On l'a même considéré comme abortif et jugulant de la syphilis. Malheureusement, il n'en est rien. Le calomel n'est pas l'ange exterminateur de la vérole. Il se borne à rester ce qu'il peut être : un bon remède.

Et puis, je dois vous présenter maintenant ce que vous me permettrez d'appeler le revers de la médaille, c'est-à-dire les désagréments, les inconvénients et même les dangers auxquels expose l'injection du calomel.

D'abord cet agent médicamenteux a des défaillances et des échecs. Certes on ne les lui reprocherait pas si ses partisans ne l'avaient déclaré infaillible. Nous pouvons échouer avec lui comme nous échouons avec les pilules de protoiodure ou les frictions d'onguent napolitain. Citons-en quelques exemples de notre service : un cas de syphilides tuberculeuses péri-labiales qui a résisté à onze injections ; un cas de syphilis maligne précoce non modifié par son emploi ; de très nombreux cas de syphilis cérébrale traités sans résultats. On a osé dire qu'il rendait maître de cette localisation de la vérole !

Donc, il a ses échecs.

Il a aussi ses récidives, car les accidents rentrent parfois en scène après son usage. Le chancre phagédénique dont je parlais tout à l'heure, qui fut guéri en quinze jours, est réapparu trois semaines après sous forme d'ulcération secondo-tertiaire énorme. Guérie à nouveau par le calomel, cette ulcération est revenue encore à un mois d'intervalle. Voilà donc un traitement réalisant deux prodiges, mais ne préservant pas d'un troisième retour offensif du mal. Peut-être est-il prématuré d'avancer que le calomel *blanchit* seulement, en tout cas son action future paraît douteuse. Il y a plus, d'ailleurs. On a vu des accidents se produire en plein cours du traitement. Un malade atteint d'iritis gauche reçoit une injection ; l'iritis gauche guérit, mais, en même temps, l'iris droit se prend. Un malade atteint de syphilide tuberculeuse est soigné avec le calomel ; il guérit de sa syphilide, mais en plein cours de traitement apparaît une paralysie de la troisième paire.

Enfin, voici qui est plus grave encore : l'injection comporte des désagréments et des dangers.

Ici nous arrivons en face d'opinions absolument discordantes et contradictoires. Les uns trouvent que tout est pour le mieux, la douleur tolérable (Jullien déclare qu'en dix ans de pratique, deux fois seulement l'injection a été vraiment douloureuse), la salivation insignifiante, les accidents dus à l'inexpérience de l'opérateur ; les autres, au contraire, se plaçant à l'extrême opposé en ennemis déclarés du calomel, le rejettent absolument, lui reprochent de causer des douleurs abominables, de rendre le malade boiteux pour plusieurs jours, de l'exposer aux phlegmons, à la stomatite et s'accordent, en un mot, pour dire que c'est une méthode non pratique qui expose à la fois le médecin et le malade et fait le vide dans les services hospitaliers et dans les cabinets de consultation. Un médecin de Copenhague pratiquant sur lui-même une injection de calomel vint affirmer que la douleur causée était atroce.

Entre ces deux camps opposés, où est la vérité ?

Nous chercherons à l'établir dans notre prochaine leçon.

(Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La Mutualité devant la spécialisation de la médecine.

Qui nous délivrera des mutualités ?

Dans un certain nombre d'années, probablement à brève échéance, tous, riches ou pauvres, feront partie d'une mutualité destinée à procurer à ses membres les soins médicaux et les médicaments, au tarif le plus réduit possible, c'est-à-dire à un prix excessivement minime ; et, comme les mutualités seront entrées complètement dans les mœurs, on admettra comme membres tous les individus à un âge peu avancé, c'est-à-dire à un moment où aucune tare organique ne se sera encore déclarée.

Qui sait si l'Etat, *dans sa sollicitude pour les individus*, n'aura pas établi la mutualité obligatoire, comme il a l'intention de le faire pour les assurances ? Alors, on verra de beaux jours pour les malades et non pas pour les médecins. Les soins médicaux mis en adjudication sans tenir aucun compte de la valeur intrinsèque du pra-

ticien, les médicaments obtenus à si bon marché que l'on ne pourra aucunement compter sur leur effet thérapeutique. Quant aux médecins, personne ne s'en soucie ; ils seront si nombreux qu'il n'y aura qu'à offrir une place de médecin de mutualité, pour trouver un grand nombre de candidats, qui renchériront les uns sur les autres, heureux de ne pas mourir de faim.

Voilà comment les choses devraient se passer si nous restions dans l'état actuel ; mais, heureusement, la Providence va placer le reméde à côté du mal.

Depuis plusieurs années, á tort ou á raison, (c'est une question que je ne veux pas traiter aujourd'hui, et sur laquelle il y aurait beaucoup de choses à dire), la Médecine tourne de plus en plus à la *Spécialité* ; les médecins cherchent á se cantonner dans une des branches de l'art : l'un ne s'occupe que des yeux ou des oreilles, un autre des voies génito-urinaires, un troisième des maladies de femme ou d'enfant, etc..., enfin il n'est pas une partie de la médecine, si restreinte qu'elle soit, qui n'ait son spécialiste. Toutes les grandes villes en sont pourvues, quelquefois même en trop grand nombre ; ce sera le tour des villes de moindre importance et bientôt, il n'y aura plus une ville de dix á vingt mille âmes qui n'en posséde au moins un dans chacune des parties de l'art ; ces praticiens ne feront pas fortune, mais enfin arriveront, s'ils ne sont pas trop nombreux, à vivre modestement. Quant aux médecins qui s'occupent de la médecine générale, réduits à la portion congrue par suite des exigences des mutualités généralisées, soumis à un service excessivement pénible de jour et de nuit, ils se recruteront de plus en plus difficilement et finiront par disparaître des villes, à part quelques célébrités.

C'est alors que les Mutualités ne trouvant plus de médecin à qui elles puissent offrir leurs prix si modestes, devront s'adresser aux spécialistes.

Mais la spécialité coûte cher au médecin et au malade :

1° *Au médecin* qu'elle oblige à faire des études médicales supplémentaires longues et coûteuses après le doctorat (car on ne devient pas spécialiste en six mois et en apprenant dans les livres) ; qu'elle force d'acheter les ouvrages les plus récents (et ils sont légion), de s'abonner aux journaux spéciaux, et, pour peu qu'il fasse de la chirurgie, de se procurer les instruments les plus perfectionnés (que l'on n'obtient pas pour rien), même si le besoin ne s'en fait pas sentir ; il faut être prêt à tout moment ; il n'y a pas dans les petites villes de fabricants d'instruments qui puissent les fournir ou les réparer, et les envois par la poste sont toujours trés lents. De plus, les frais d'entretien de tout ce matériel ne sont pas négligeables. Si le médecin a une clinique gratuite (?), il y a encore une source de dépenses à ajouter et de bénéfices á diminuer. La spécialité n'est donc pas abordable au médecin qui, au début de ses études, a des ressources modestes, et a besoin de rétribution aussitôt qu'il a terminé son doctorat.

2° *Au malade*, dont le nombre, surtout aujourd'hui, est relativement restreint, et à qui le médecin est obligé de prendre des honoraires plus élevés pour cette raison, afin de compenser ses frais. Ainsi j'ai calculé qu'un tiers de mes honoraires est absorbé en faux frais (somme établie d'après mes comptes de fin d'année). Comme j'opère dans un pays pauvre, supposez, par exemple, que je demande à un petit employé, pour une consultation spéciale, 3 fr.; c'est un prix qui lui paraîtra énorme et qui cependant n'est pas exagéré ; je n'aurai comme honoraire que 2 fr. (prix de la consultation ordinaire pour cette classe, établie par le Syndicat de la région).

Dans ces conditions, comment voulez-vous que le spécialiste accepte les prix de 0.50 á 1 fr. que lui offrira une mutualité pour la consultation ou la visite (1) ? D'abord il ne pourra accepter que pour la branche dont il s'occupe, puisque volontairement il a négligé toutes les autres ; ensuite, comment accepter des visites ou des consultations à ce prix, puisque ses frais généraux sont supérieurs ? autant vaut renoncer à la profession médicale de suite pour ne pas faire faillite.

Quand il n'y aura plus que des spécialistes dans les villes un peu importantes (ce qui arrivera fatalement par la suite des choses), d'abord le nombre des praticiens sera peut-être moins grand (encore un reméde à l'encombrement auquel on n'avait pas pensé), puis les mutualités, dans ces villes, ne trouvant plus de médecins qui consentent à les soigner au rabais, se transformeront et éléveront leurs prix (ce qui ne pourrait être qu'un bien pour nous autres praticiens), en n'étant accessible qu'aux gens d'une certaine condition. Ne sachant pas d'avance combien de fois elles auront besoin par année de chaque spécialiste, elles ne pourront plus faire de marché avec lui, et seront obligés de subir ses prix, ou, du moins, d'offrir un prix suffisamment rémunérateur, s'il y a concurrence. Le médecin finissant par refuser le médicament procuré à bon marché qui ne lui offrira aucune garantie thérapeutique, les mutualistes ne pourront les acheter au rabais. Dès lors, le but des mutualités, qui est d'exploiter le médecin et le pharmacien, n'existera plus et celles-ci se dissoudront d'elles-mêmes. Ce sera certes un mal pour les pauvres gens ; il existe certaines mutualités composées de personnes à modestes ressources, dont l'utilité est évidente, même pour le médecin, qui est honoré là où il ne le serait que difficilement ; mais, il ne nous est pas possible de faire de la philanthropie à notre détriment.

Mais peut-être la réforme dont je parle ne sera-t-elle pas aussi radicale ? peut-être l'Etat, dans sa manie de s'occuper de tout, surtout s'il y voit un avantage financier, s'emparera-t-il de toutes les espéces d'assurances (il commence à le faire déjà) et, par suite, de la mutualité obligatoire, en cas de maladie ?

En dehors de quelques indépendants et des spécialistes, gens aisés pouvant attendre la clientéle, on ne verra que des médecins communaux, médecins fonctionnaires, chargés de soigner toute la population ; c'est ce qui se passe, je crois, en Italie, dans les petites villes et à la campagne ; en Algérie, les médecins de colonisation remplissent absolument ce but ; c'est le systéme préconisé pour remédier à l'encombrement de la profession : « tant de médecins par tant d'habitants ».

(1) Je ne parle pas de l'abonnement dont les conditions seraient encore plus mauvaises.

Qu'importe si le recrutement se fait d'une façon juste, et non par faveur ou manœuvre électorale, au début de la carrière : les contribuables trouveront bon qu'il en soit ainsi, puisqu'ils seront intéressés les premiers à être bien soignés !

Qu'importe si les jeunes gens de ressource modeste, ne pouvant prolonger leurs études médicales pour faire de la spécialité, y trouvent une carrière assurée ! Ne trouvez-vous pas que cela vaudrait mieux que l'avenir qui attend les futurs praticiens ? Voyez ce qui se passe dans l'armée. Celle-ci, au point de vue des soins médicaux et pharmaceutiques, constitue une mutualité où ces soins sont gratuits, mutualité dirigée par l'Etat ; celui-ci donne une solde fixe aux médecins et aux pharmaciens, quel que soit le nombre des malades, et fournit les médicaments. Le traitement, dans le corps médical militaire, est modeste, mais l'avenir y est assuré pour chaque jour : pas de chômage, honoraires dans le cas de maladie de l'individu, pension de retraite pour lui et sa compagne, etc... ; aussi les candidats ne manquent-ils pas pour remplir les places. Est-ce que leur situation ne paraît pas enviable quelquefois à ceux qui ont tant de peine à gagner le pain quotidien, et à ceux qui, pleins de confiance dans leurs forces, ont quitté de bonne heure cette carrière militaire où ils étaient entrés, et qui n'ont pas réussi comme ils le croyaient ?

Quoi qu'il en soit, les Mutualités, telles qu'elles existeront bientôt, ne fourniront pas une longue carrière ; le corps médical ne les regrettera pas.

Dr DE C. (Lorient).

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Syndicat médical de l'arrondissement de Versailles.

Séance du 11 octobre 1900.

Présidence du Dr JEANNE.

La séance est ouverte à 4 heures, à l'hôtel Terminus.

Etaient présents : MM. les Docteurs Amouroux, de Vaucresson ; Askinasis, de Carrières-Saint-Denis ; Bastard, de Ville-d'Avray ; Balp, de Garches ; Bellière, de Plaisir-Grignon ; Bertillon, de Maisons-Laffitte ; Bourgeois, de Sèvres ; Calbet, de Chatou ; Chinsky, de Viroflay ; Dinan, de Vigny ; Debord, d'Orsay ; De Fourmestraux, de Versailles ; Giberton-Dubreuil, de Jouy-en Josas ; Gille, de Garches ; Greuet, de Maisons-Laffitte ; Groussin, de Bellevue ; Guillermet, de Chatou ; De Grissac, d'Argenteuil ; Jeanne, de Meulan ; Le Menant des Chesnais, de Ville-d'Avray ; Lécuyer, de Chatou ; Licke, de Maisons-Laffitte ; Logerot, d'Orsay ; Martin, d'Orgeval ; Mignon, des Mureaux ; Mazeroux, de Conflans-Sainte-Honorine ; Pannetier, de Triel ; Pecker, de Maule ; Pluyaud, de Houilles ; Puech, d'Argenteuil ; Poursain, d'Herblay ; Raffegeau, du Vésinet ; Rechner, d'Andrésy ; Renous, de Croissy ; Richard, de Meudon ; Rigabert, de Marly ; Rist, de Versailles ; Rochefort, de Chatou ; Rousseau, de Conflans-Sainte-Honorine ; Saint-Cyr de Montlaur, de la Celle-Saint-Cloud ; Surre, de Saint-Cloud ; Triget, de Franconville ; Vauthier, de Jouy-en-Josas.

Excusés : MM. les docteurs Christen, de Vaucresson ; Darin, de Chaville ; Dupaigne, de Louveciennes ; Faraggi, de Houilles ; Héliot, de Meulan ; Lauth, du Vésinet ; Maison, du Vésinet ; Toussaint, d'Hyères.

Non excusés : MM. les Docteurs Astruc, de Saint-Cloud ; Landry, de Maule ; Ledermann, de Sèvres ; Nollet, de Bougival ; Pineau, de Poissy.

Me Simon, avocat, à Versailles, Conseil judiciaire du Syndicat, assiste à la séance.

M. LE PRÉSIDENT. — Votre bureau, Messieurs, en ouvrant la séance, se fait un devoir de vous remercier de votre exactitude aux réunions. 43 présents, 8 excusés, sur 56 membres ; cela en dit plus long que tout le reste sur la vitalité de notre Syndicat. (*Applaudissements.*)

Admission nouvelle.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, nous avons d'abord à nous prononcer sur l'admission d'un nouveau membre, M. le docteur André, d'Orsay, qui nous est présenté par son beau-père, M. le docteur Debord, d'Orsay, membre fondateur du Syndicat.

Je mets aux voix l'admission de ce confrère.

L'admission est votée à l'unanimité.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, au sujet du prix de notre banquet, une difficulté s'est élevée : au lieu de 10 fr., prix habituel, M. Marguery nous demande cette année 12 fr. sous prétexte d'Exposition. J'ai accepté cette augmentation, mais pour cette année seulement. Reste à décider de quelle façon nous verserons ce supplément, qui sera de 60 fr. environ. Je propose que la Caisse du Syndicat le prenne à sa charge, si elle le peut.

M. CALBET. — Nous avons en caisse 1200 fr. environ. Donc la Caisse peut payer ce supplément.

Adopté.

M. LE PRÉSIDENT. — Quelqu'un a-t-il des observations à faire au sujet du procès-verbal de la précédente séance ? *Non. Le procès-verbal est adopté.*

Les actes du Bureau.

M. LE PRÉSIDENT. — Depuis notre dernière réunion, votre Bureau est venu à l'aide de quelques confrères, par des conseils ou des démarches. MM. les Drs Dinan, Héliot, Faraggi, Lecuyer, sont en instance devant les juridictions compétentes, pour des recouvrements d'honoraires auxquels on oppose des demandes reconventionnelles, ou pour d'autres litiges difficiles. Ces confrères sont membres du *Sou médical*, qui prend leurs causes en main. Le Syndicat s'y intéressera pour sa part ; mais je tenais à vous faire constater quels services le *Sou médical* est appelé à rendre à ses membres et à nos Sociétés.

Réunion des Syndicats.

Quelques-uns de nous ont assisté à la réunion générale de l'Union des Syndicats. Il n'y a rien de particulier à vous signaler, à propos de cette réunion, où l'on a fatalement insisté sur tout ce qui s'est dit au Congrès de déontologie.

Congrès de Déontologie.

A ce dernier, on a fait une longue revue de toutes les questions de défense professionnelle. Et comme le Congrès, en se séparant, a laissé derrière lui une Commission permanente de défense, il est à prévoir qu'un résultat sérieux pourra être obtenu par la suite, grâce à cette commission. Vous avez bien fait d'encourager cet effort par une participation pécuniaire qui a été très appréciée.

Réunion des Syndicats de Seine-et-Oise.

Nous avions aussi à réunir les Bureaux des syndicats du département. Mais nous n'avons pas pu réussir cette année, pour diverses raisons, dont l'une est que nous manquions des documents nécessaires pour adresser les convocations. Cependant, cette réunion serait bien indiquée pour nous défendre contre les dangers de l'embrigadement général de nos clientèles dans la Mutualité, et pour obtenir un tarif chirurgical d'assistance.

Exercice illégal.

M. Bertillon.— Où en est l'affaire D., de Maisons-Laffitte ?

M. le Président. — Condamné une première fois à 15 jours de prison et 500 fr. d'amende, sans sursis, D. a rappelé ; le jugement a été confirmé ; et maintenant D. se trouve poursuivi à nouveau par sa victime qui se porte partie civile.

Me Simon. — Le syndicat n'est pas intervenu *officiellement* dans le procès parce qu'il ne pouvait en résulter pour vous aucun avantage sérieux. D'ailleurs vous avez eu entièrement satisfaction.

Accidents du travail.

M. le Président. — Je profite de l'occasion pour remercier vivement Me Simon, notre conseil, pour son habile intervention dans cette affaire, et aussi pour l'intéressante étude qu'il a bien voulu nous fournir sur l'application de la Loi sur les accidents du travail, étude dont nous mettons des exemplaires à votre disposition.

A ce sujet, je vous répèterai que nous devons ignorer l'existence des Compagnies d'assurances, et ne jamais prêter l'oreille à leurs offres d'honoraires. Nous avons la Loi pour nous ; elle ne connaît pas les Compagnies d'assurances : pourquoi ferions-nous autrement qu'elle ? N'ayons donc affaire qu'aux patrons, et aux ouvriers dans certains cas très rares, cas qui ne doivent pas vous effrayer, comme vous pourrez le comprendre en lisant ce travail de Me Simon.

Tarif d'assistance chirurgicale du département.

Nous arrivons à la question du tarif d'assistance chirurgicale. La Caisse nationale d'assurance, ne pouvant prendre sur elle l'adoption du tarif ouvrier que nous proposions, le ministre nous avait renvoyé aux administrations départementales. Quelques conseils généraux, la Gironde, le Nord, le Pas-de-Calais, la Somme, ont adopté très vite notre tarif. Mais la plupart des départements n'ont encore rien fait, que nous sachions du moins, les Conseils généraux ayant mal compris notre demande et croyant sans doute grever leurs budgets en nous accordant notre tarif. Beaucoup n'ont pas compris que l'adoption de ce tarif allait mettre à la charge des patrons et des Compagnies d'assurances, les frais d'accidents qui, jusqu'à ce jour, incombent fatalement aux hôpitaux et par cela même aux départements, ce qui est contraire aux vues du législateur.

La Gironde qui, la première, avait adopté ce tarif, a fait une expérience de 6 mois, qui a convaincu le Conseil général et l'a conduit à une acceptation définitive.

D'autres départements ont suivi, se réservant de n'appliquer nôtre tarif qu'aux assurés, et non aux assistés, ce que d'ailleurs nous ne demandons pas.

Il faut que notre département ne reste pas en retard. Notre confrère M. le Dr De Fourmestraux, conseiller général, nous dira tout à l'heure où en est cette question qu'il s'est chargé de soutenir devant l'assemblée départementale. En attendant le résultat, il faut que chacun de nous, dans sa sphère d'influence, agisse auprès des Conseillers généraux, leur explique de très près notre cause, et leur fasse bien comprendre qu'au lieu de grever les budgets d'assistance, l'adoption de notre tarif les déchargerait peut-être d'une façon très notable. Votre bureau a fait beaucoup de démarches et gagné bien des conseillers.

M. Giberton. — D'ailleurs, la préfecture est très favorable à l'adoption de notre tarif.

M. de Fourmestraux. — La question du tarif chirurgical d'assistance, au Conseil général, n'est pas encore résolue, parce qu'elle a été jointe à d'autres. On doit y revenir à la session d'avril. La majorité de l'assemblée m'a paru favorable à son adoption. Je m'en occupe d'ailleurs activement. Pour le moment, il faut attendre, mais je crois au succès.

La Mutualité en Seine-et-Oise.

M. le Président. — M. le Dr Des Chesnais va vous lire la circulaire préfectorale recommandant à toutes les communes du département la création de Sociétés de secours Mutuels.

Lecture est donnée de cette circulaire, qui a été publiée au n° 25 du « Concours médical » de cette année.

M. le Président. — Messieurs, pour résumer la situation, je vous ferai remarquer que, dans trois mois, notre Conseil général va disposer d'une somme de 40.000 fr. ; va soutenir toutes les Sociétés de Secours Mutuels existantes en les subventionnant ; va chercher à en créer de nouvelles partout où il n'en existe pas.

Mais nous, en face d'un tel fait, qu'allons-nous devenir ? C'est la majorité de notre clientèle qui va subir cet embrigadement à bref délai. Nous allons voir nos recettes diminuer d'une façon d'autant plus inquiétante que, parmi les Mutualistes, nous trouverons bon nombre de nos anciens clients beaucoup plus riches que nous.

Que devons-nous faire ?

Allons-nous refuser de connaître les Sociétés Mutuelles, leur supprimer la remise habituelle de 25 % aux ouvriers qui en font partie, et appliquer intégralement à tous, mutualistes ou non, notre tarif habituel ? Quand il s'agit de mutualistes ouvriers, gens intéressants que la maladie ou le chômage mettent dans l'indigence, il nous sera pénible de leur refuser notre coutumière bienveillance.

Si donc nous voulons continuer à faire remise d'une partie de nos honoraires aux Mutualités

ouvrières existantes, et étendre cette mesure généreuse à celles qui vont se former, nous devons exiger des garanties sérieuses contre l'embrigadement de tout ce qui n'est pas l'ouvrier ou assimilé.

M. des Chesnais. — Ne pourrait on pas essayer de faire créer deux genres de Sociétés mutuelles, les unes purement ouvrières, les autres bourgeoises ?

Plusieurs membres. — Ce sera bien difficile à obtenir.

M. Askinasis. — C'est à nous à faire notre police et à établir la distinction entre les ouvriers et ceux qui ne le sont pas.

M. Pannetier. — Nous n'avons qu'à imposer à toutes les Sociétés notre tarif ouvrier pur et simple.

M. le Président. — Dans certains endroits, des confrères besogneux ou dissidents accepteront peut être de faire le rabais à tout le monde, et s'empareront d'un seul coup de la clientèle des syndiqués.

M. de Fourmestraux. — En somme, Messieurs, le gros écueil est que, dans ces sociétés, entreront des gens aisés à qui nous n'avons aucune raison de faire remise d'une partie de nos honoraires. J'ai déjà dit au Conseil général que le médecin n'accepterait jamais, en fin de compte, de soigner au rabais des mutualistes plus aisés que lui, et que, de ce fait, la circulaire serait inapplicable. Mais celle-ci ne dit pas un mot des honoraires médicaux et ne parle pas de rabais. C'est nous qui avons, de nous-mêmes, souvent proposé ces rabais par pure propagande mutualiste. Cette propagande, nous ne l'avons faite que pour améliorer le sort de l'ouvrier non indigent, mais qui n'a que son travail pour vivoter avec toute sa famille. Aujourd'hui, nous devons faire tous nos efforts pour chasser de la mutualité, la foule des gens dont là n'est pas la place. La Mutualité, en principe, n'est faite que pour les ouvriers non indigents, qui le deviennent momentanément par maladie, infirmité ou chômage involontaire. Si les Mutualités acceptent tout le monde, elles ne seront pas viables.

M. Pluyaud. — Mais jamais les Mutuelles ne consentiront à faire ce triage, qui n'est même pas admis par la loi.

M. de Fourmestraux. — Alors c'est à nous de nous entendre et de faire connaître, d'avance, chacun dans notre région, que nous ne soignerons comme mutualistes que ceux qui répondent à notre définition, et non les autres.

M. Mignon. — C'est ce que nous faisons tous à Meulan, syndiqués ou non, depuis trois ans, sans aucune récrimination de personne.

M. de Grissac. — Mais ce procédé n'est pas généralisable Cette question pour nous est vitale. Le seul moyen de réussir est d'imposer notre tarif dans son intégralité, quitte à faire un rabais à ceux que nous jugerons le mériter.

M. le Président. — Résumons : que reprochons-nous aux Mutualistes ? 1° de n'être pas exclusivement composés d'ouvriers ou assimilés; 2° de procéder pour les honoraires médicaux par abonnements et marchandages ; 3° de refuser souvent aux membres le choix de leur médecin.

Eh bien, nous devons trancher ces questions nous-mêmes. Ne nous laissons rien imposer. Faisons nos conditions, et déclarons que :

1° Nous ne donnerons de certificat d'admission qu'aux candidats mutualistes qui rentreront dans notre définition ;

2° Nous refuserons impitoyablement de connaître les autres, et les traiterons comme les clients ordinaires ;

3° Le payement se fera à la visite, et le sociétaire, comme l'assisté, sera libre dans son choix.

M. Bourgeois. — Quand un médecin dissident se trouvera dans un centre, il donnera tous les certificats qu'il voudra, et laissera entrer tout le monde pour se faire une clientèle et une popularité.

M. le Président. — Nous ne devons pas nous laisser arrêter à cette heure par la question de concurrence.

Etablissons nos propositions ; communiquons-les au Conseil général ; et ayons le moins possible affaire aux Sociétés elles-mêmes, *pour le* moment, du moins, puisque beaucoup ne sont pas nées.

M. Des Chesnais. — Il faudrait alors nommer une commission pour étudier un mode de défense en face du flot toujours montant de la mutualité. Utilisons pour cela la bienveillance de l'Administration départementale, mâchons-lui la besogne, et demandons-lui d'établir très nettement la situation des médecins en face les Sociétés de secours mutuels.

M. Giberton. — Nous n'avons que deux moyens de nous défendre : ou bien relever nos tarifs, ou bien ne pas nous occuper des Sociétés de Secours mutuels et traiter les mutualistes comme nos clients ordinaires.

M. le Président. — Je trouve ce procédé radical trop dangereux à cette heure, là où il existe des dissidents, et je propose la formule suivante que nous communiquerions sous forme d'ordre du jour à l'Administration : 1° laisser aux adhérents le libre choix de leur médecin ; 2° refuser les certificats d'admission à ceux que nous considérons comme aisés ; 3° appliquer aux autres le tarif ouvrier avec 25 % de rabais, et pas d'abonnements.

M. Fourmestraux. — Il nous faut adopter une définition du vrai mutualiste. Je propose la suivante :

« Le mutualiste qui a droit à la réduction des « honoraires médicaux est celui chez lequel la « maladie, l'infirmité ou le chômage involontaire « peut amener la misère à bref délai. »

Cette définition est adoptée.

M. de Fourmestraux. — Cette définition pourra vous servir dans tous les cas à classer les mutualistes. Quant à la mesure radicale proposée par M. Giberton, j'avoue qu'elle peut très bien se défendre, car rien ne nous oblige à faire des cadeaux à certains de nos clients, et nous montrons suffisamment l'intérêt que nous portons au mouvement mutualiste en nous faisant tous inscrire membres honoraires des Sociétés mutuelles. Je remarque d'ailleurs que cette formule plaît à la majorité d'entre vous.

Cependant je vous conseille de ne rien décider encore. Etudions la question, et nous la trancherons, définitivement, dans une réunion que nous pourrons tenir en février prochain par exemple. A cette réunion, nous rédigerons notre ordre du jour définitif et nous l'adresserons au Conseil général qui doit s'occuper de cette question à la session d'avril.

M. le Président. — Messieurs, voici les deux propositions en présence, à étudier pour la prochaine réunion :

I° *Les médecins, appelés à soigner des mutualistes, n'ont pas à se préoccuper de la qualité de membre de Société de Secours mutuels ; ils établissent leurs prix selon la situation personnelle du client.*

II° *Les médecins approuvent, en principe, la circulaire préfectorale, décident de ne jamais délivrer de certificats d'admission aux clients qui ne rentrent pas dans la définition ci-dessus ; offrent la rétribution à la visite avec 25 % de réduction sur le tarif ouvrier pour tous les soins aux membres mutualistes reconnus, et demandent pour ceux-ci la liberté de choisir leur médecin, dans les mêmes conditions que les assistés.*

M. Askinasis. — Je demande que chacun de nous reçoive copie de ces deux propositions, et renvoie, après étude, son avis motivé, au secrétaire, qui en fera un travail d'ensemble pour la prochaine réunion.

(Adopté.)

M. de Grissac. — J'ajoute qu'à ce sujet la réunion des Bureaux des Syndicats du département prend un nouveau caractère d'urgence.

M. le Président. — Nous allons essayer de faire cette réunion en février.

M. Giberton. — Ne pourrions-nous pas fixer notre prochaine réunion à janvier prochain au lieu de février ?

(Adopté.)

M. le Président. — Messieurs, la séance est levée.

Banquet.

A sept heures, trente-deux membres du Syndicat se sont retrouvés au restaurant Marguery. Ils ont fêté, en bons camarades, le développement toujours croissant de la Société, dont l'action bienfaisante leur est des plus précieuse.

Le Secrétaire,
Dr Mignon.

REPORTAGE MÉDICAL

L'Inspection médicale des écoles en Allemagne. — Cet important service, qui a nom l'inspection médicale des écoles, a été inscrit dans la loi de 1889 sur l'enseignement primaire en France. Mais, le grand effort une fois fait, l'application de la loi est devenue bel et bien facultative pour les municipalités et les départements, parce que, suivant notre traditionnelle coutume, le crédit nécessaire à l'exécution n'a pas été prévu. En fait de lois, nos Chambres donnent ainsi le jour à des vœux, que les Conseils généraux ou municipaux exécutent suivant leur bon plaisir. Nous avions toujours cru que la Constitution demandait le contraire : avons-nous tort ?

Quoi qu'il en soit, voici des renseignements sur ce qui se passe en Allemagne en cette matière

A Francfort, l'an dernier, un corps d'inspecteurs médicaux a été créé, avec appointements de 1,250 francs par an. Chaque inspecteur a 1,700 élèves à surveiller. Tous les quinze jours, il doit faire un examen de deux heures dans chaque école. Chacun des 19,000 enfants des écoles primaires reçoit un livret sanitaire qui le suit pendant toute sa vie scolaire. L'enfant, avant d'entrer à l'école, subit un examen médical. Si l'existence de quelque maladie est constatée, notification en est faite par écrit aux parents. Le médecin n'a pas à s'occuper du traitement. Il a seulement à se prononcer sur l'exemption partielle ou totale des cours de l'école. A Berlin, ce système régulier d'inspection n'existe pas encore. Mais il fonctionne à Leipzig, à Magdebourg, à Erfurt, à Kœnigsberg, à Nuremberg, etc. On a publié, à ce propos, une statistique qui peut donner une idée de l'utilité de cette surveillance médicale de l'enfant. Sur 547 enfants examinés dans deux écoles de Leipzig, on en a trouvé deux atteints de tuberculose pulmonaire, 11 de maladies de cœur, 10 de déviation vertébrale, 63 de végétations adénoïdes, 75 de troubles de la vue et de troubles de l'ouïe.

Les accidents de l'anesthésie. — Le procureur de la République vient de prescrire une enquête au sujet de la mort, à l'hôpital Trousseau, d'un enfant de quatre ans. Le décès s'est produit au moment même où on anesthésiait le petit malade pour l'opérer. Dans leur douleur, les parents accusent les médecins de n'avoir pas pris toutes les précautions commandées par les circonstances et ils les rendent responsables de la mort de l'enfant. Instruit de ces faits, M. Napias, directeur de l'Assistance publique, a tenu à ce que la lumière la plus complète fût faite sur ce regrettable événement.

M. le professeur Brouardel a été désigné pour pratiquer l'autopsie du cadavre du petit garçon. Dès à présent, il est établi que le personnel médical de l'hôpital Trousseau n'a commis aucune imprudence et que, contrairement aux affirmations de la famille, aucune méthode opératoire nouvelle n'a été essayée sur l'enfant.

Prophylaxie de la Diphtérie. — Parmi les vœux émis par le dernier Congrès d'hygiène, nous relevons les deux propositions suivantes qui concernent la prophylaxie de la diphtérie :

« Il est indispensable que les Gouvernements et les Municipalités créent des laboratoires en nombre suffisant dans lesquels se fera gratuitement l'examen des produits recueillis chez les diphtériques et chez les convalescents de diphtérie.

« Il est à désirer que les enfants qui ont été atteints de diphtérie ne soient réadmis dans les écoles que s'ils sont munis d'un certificat établissant qu'il n'y a plus dans leur gorge de bacilles virulents. »

Depuis six ans, le *Concours médical* ne cesse de répéter que la loi sur la protection de la santé publique devrait consacrer ces vœux.

Les femmes médecins et pharmaciens en Autriche. — Le *Bulletin des Lois* publie l'ordonnance de la direction de l'enseignement prise en conformité avec les conclusions de la direction supérieure de santé, touchant l'acquisition du grade de docteur en médecine par les femmes. Désormais, les femmes pourront obtenir ce grade, et des facilités devront être données pour qu'elles puissent, dans ce but, faire leurs études dans les Facultés de l'empire ; elles auront à passer les mêmes examens que les étudiants hommes. Une deuxième ordonnance ouvre aussi aux femmes la profession de pharmacien : elles devront également faire preuve, pour cette profession, des mêmes connaissances que les hommes. Cependant, une femme ne pourra être légalement à la tête d'une pharmacie qu'après avoir obtenu une autorisation spéciale du ministère de l'intérieur.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MEDICAL »

N° 4557. — M. le Docteur Bouché, de Rostremen (Côtes-du-Nord), membre du Syndicat des Côtes-du-Nord.

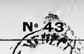
N° 4558. — M. le Docteur D'Archipoff, de Lorrez-le-Bocage (Seine-et-Marne), membre de l'Association des médecins de Melun, Fontainebleau et Provins.

N° 4559. — M. le docteur Razemon, de Oignies (Pas-de-Calais), membre du Syndicat du Bassin houiller du Pas-de-Calais.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 43 27 OCTOBRE 1900



LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

Société civile du « Concours médical ».

Séance du 17 octobre 1900.

Présents : MM. Gassot, Jeanne, Maurat.

Excusé : M. le Docteur Cézilly.

M. le docteur H. Cézilly est prié d'assister à la séance.

Le Conseil décide que la Société civile participera pour une somme de 20 francs à la souscription ouverte dans le but d'offrir à l'occasion de sa retraite, un souvenir à M. le Docteur Potain.

La date de la réunion préparatoire à l'Assemblée générale est définitivement fixée au mercredi 24 octobre, les commissions seront convoquées pour ce jour.

Lecture du rapport du Conseil de direction.— Approuvé.

Lecture du rapport financier. — Approuvé.

Pour l'assemblée générale, elle aura lieu, comme il a été annoncé, le dimanche 18 novembre dans les salons Marguery, 36, boulevard Bonne-Nouvelle.

La séance de l'Association amicale aura lieu à 2 heures, celle du Sou à 3 heures 1/2, et à 5 heures la séance du Concours. Dîner confraternel à 7 heures, auquel participent les membres des trois sociétés.

Le prix du banquet reste toujours fixé à 10 fr., la Société se chargeant de parfaire le surplus.

Ordre du jour de la séance du Concours :

1° Allocution du président ;
2° Révision de la loi Roussel ;
3° Encombrement médical ;
4° Compagnies d'assurances contre les accidents ;
5° Situation des diverses caisses ;
6° Approbation des comptes de l'année et fixation du budget 1900-1901.
7° Propositions du Concours.

PROPOS DU JOUR

Le contrat syndical et la nécessité de son observation.

Tout récemment, plusieurs syndicats, dont la création ou la rentrée en activité ont été provoquées par l'entente vis-à-vis des compagnies d'assurances-accidents, se sont vus trahis, au moment critique, par certains de leurs membres.

En présence du grave préjudice ainsi causé aux hommes respectueux de la parole donnée ; sous le coup, d'autre part, de l'indignation que produit toujours une félonie, et du discrédit qu'elle jette sur une Société respectable, les Présidents de ces Syndicats nous ont écrit :

« *Sommes-nous vraiment désarmés devant pa-* « *reils actes? Si oui, à quoi bon créer des Syndicats?* « *Si non, l'heure est venue d'apprendre aux bons* « *confrères à se faire respecter par les Iscariotes* « *qui se glissent dans leurs rangs avec l'intention* « *de gagner des droits sans s'imposer nul souci des* « *devoirs correspondants, et de montrer à ceux-ci* « *que nous les considérons comme nos plus dange-* « *reux ennemis.* »

Ce langage si judicieux appelait une réponse que nous ne voulons pas faire attendre davantage, après avoir demandé à nos Conseils de nous la dicter. Cette réponse la voici :

« Nous comprenons très bien, nous ont dit nos Conseils, que, pendant de longues années, le Concours médical ait, par une tactique nécessaire, engagé les néophytes de la défense professionnelle, encore très inexpérimentés, à se grouper et à se connaître, dans des réunions plutôt amicales, des banquets, des assemblées où on se livrerait surtout à des études préliminaires. Il était impossible de commencer autre-

ment, et, ce qui le prouve bien, ce fut le succès obtenu, puisque, en quelques années, cent syndicats virent le jour.

« Il fut très sage aussi de s'en tenir à ce mot d'ordre, tant que les Sociétés nouvelles restèrent hors la loi, suspectes aux pouvoirs publics, aux administrations, ou à tous ceux qui, trouvant bon de nous écorcher, nous refusaient jusqu'au droit de nous plaindre. A cette époque, la timidité ne pouvait s'appeler que prudence : on fit bien d'être circonspect.

« Mais, en 1893, cette situation précaire se trouva modifiée. Les syndicats médicaux étaient reconnus par la loi, grâce aux efforts du Concours et de l'Union ; il leur devint loisible de collaborer avec les administrations départementales pour l'application de l'assistance médicale et des mesures qui devaient suivre, pour la répression de l'exercice illégal, pour la mise en valeur de toutes nos revendications légitimes. Avec raison, M. le Dr Gassot écrivit ceci :

« La question des Syndicats médicaux est entrée dans une voie nouvelle : il ne s'agit plus d'inaugurer des associations d'un caractère différent de celles qui ont existé jusqu'à ce jour, d'introduire dans les mœurs médicales une nouveauté discutable, de préparer l'opinion publique à une législation nécessaire. L'article 13 de la loi Chevandier reconnaît aux médecins le droit de s'unir pour défendre leurs intérêts contre les intérêts rivaux, et consacre l'existence des Syndicats.

« Aussi, l'initiative prise par quelques-uns, accueillie avec empressement ici, là critiquée avec non moins d'ardeur, n'est-elle plus discutée maintenant : le mouvement de groupement syndical, ralenti un moment par l'arrêt de la Cour de cassation, reprend partout et, chaque jour, nous apprenons la création de Syndicats nouveaux.

« Il peut être intéressant d'examiner quel caractère doivent avoir ces Syndicats pour donner tous les résultats qu'on en peut attendre. »

C'eût été le moment, en effet, d'inviter les Syndicats à resserrer statutairement le lien qui unissait leurs membres et à en assurer la solidité par des sanctions. Il fallait y grouper les médecins, beaucoup moins par division administrative de leurs résidences que par similitude de leurs intérêts : syndicats urbains, syndicats ruraux, qui s'aboucheraient ensuite pour régler les situations aux points de contact. Plusieurs départements ont agi de la sorte et s'en sont bien trouvés.

« Nous savons bien que cette idée s'est fait jour à cette époque, mais elle sombra sous un courant prématuré vers la fusion d'éléments encore hétéroclytes et incapables de la cohésion que rêvaient ses auteurs.

« Les Syndicats ne vivront, ne prospéreront, n'agiront, qu'à condition de la reprendre.

« Par l'incessante prédication du Concours, tous les médecins doivent savoir aujourd'hui qu'on s'honore, en pratiquant, sur l'autel de la solidarité, le sacrifice des vues mesquines de l'individualisme. Ils n'ignorent plus que leur intérêt de demain l'exige impérieusement, puisque l'évolution sociale vous met en présence de collectivités qui brisent (en la flattant au besoin), toute résistance isolée. Ils n'ignorent plus, surtout après cette expérience de vingt années, que, chez vous, le lien syndical est une garantie, une sécurité, un charme ; qu'il n'est le joug, la chaîne, que pour les malintentionnés, les spéculateurs avides, les négociants peu scrupuleux fourvoyés dans la profession.

« Pourquoi, dès lors, le médecin délicat et honorable hésiterait-il à venir à vous, lui qui est l'immense majorité, quand vous aurez affirmé bien plus que jadis, que vos statuts syndicaux constituent un contrat, dont l'inobservation volontaire est frappée de sanctions, et justiciable de pénalités diverses, telles que blâmes, exclusions publiques etc., sans préjudice de dommages-intérêts pour le manquement aux engagements pris ? S'il était déjà des vôtres, ce digne médecin, pourquoi vous quitterait-il à l'heure où vous jurez que, le Code en main, vous allez assurer l'exécution des obligations librement consenties ? S'il y a une menace dans cette résolution d'user de vos droits, ce n'est pas lui qu'elle vise. Des adhérents vous quitteront, dites-vous, par la voie du droit de démission que leur donne la loi sur les Syndicats ? Il faut vous en applaudir ; c'est l'épuration nécessaire, préface de la vraie communauté d'intentions ; ce sont des suspects qui se découvrent et se font justice ; ils seront vite remplacés, et au delà, par des confrères meilleurs que l'affiliation des premiers tenait à l'écart.

« En résumé, vous avez créé des Syndicats. Si vagues que soient leurs statuts, ceux-ci représentent bel et bien un contrat librement signé. N'en pas poursuivre l'inobservation, c'est manquer à son devoir d'administrateur, c'est aussi proclamer que la Société en question n'est qu'une façade de groupement, une ombre sans consistance, un rien ; c'est, enfin, légitimer l'indifférence ou l'hostilité même dont beaucoup de syndicats sont entourés.

« Mais ceci ne vise que les Syndicats existants : ils seront juges de l'opportunité de date dans le changement d'attitude.

« Quant à ceux qui chercheront à se constituer, dites-leur ceci : 1° qu'ils doivent grouper avant tout des individualités ayant bien les mêmes intérêts, car l'homogénéité nécessaire est à ce prix ; 2° qu'au risque de n'avoir pas du premier coup le nombre, ils se donnent des statuts très étudiés et très précis, tout en se tenant sur le terrain légal ; 3° qu'ils fassent bonne et ferme application des sanctions spécifiées ; 4° qu'ils poursuivent ensuite, sans relâche et sans découragement, avec les syndicats voisins, l'accord absolu sur les points où l'intérêt est le même, et le modus vivendi transactionnel pour les questions où les intérêts divergent.

Quand ces conseils auront été suivis, le mouvement syndical qu'avait provoqué le Concours doit reprendre san essor, et se tiendra à la hauteur de la mission qui lui est dévolue par les circonstances critiques que vous avez à traverser. »

Voilà le langage qu'on nous a tenu : nous le transmettons, sans commentaires, à ceux qui ont posé les questions.

Qu'il nous soit seulement permis d'y joindre une recommandation, fruit d'une longue expérience. Les membres du Bureau, quel que soit leur âge, doivent être actifs, documentés sur les phases de la lutte que le corps médical soutient, toujours en éveil pour la recherche du progrès,

aussi fermes que remplis de tact. Ce n'est pas un poste d'honneur qui leur est confié, c'est un poste de combat, où il faut se dépenser, sans cesse, pour le bien commun.

L'avenir des Syndicats médicaux tient vraisemblablement dans l'observation de ces quelques prescriptions.

LA SEMAINE MÉDICALE

Effets thérapeutiques des courants électriques de haute fréquence

M. le Dr *J. A. Rivière* a fait, au congrès international d'électrologie médicale, une communication où il démontre :

1° Que les courants de haute fréquence et, en particulier, les effluves mono ou bipolaires du résonnateur Oudin ou du nouveau transformateur d'Arsonval semblent guérir les petits épithéliomas de la face et exercent, dans certains cas, une influence heureuse sur l'évolution des tumeurs malignes.

Ils exercent, d'abord, une action thermo-électro-chimique qui a pour effet d'éliminer les tissus néoplasiques et, si l'on admet la théorie parasitaire, de détruire par leurs rayons actiniques les micro-organismes et leurs toxines, et en second lieu une action tropho-néurotique curative, qui ramène les processus vitaux à la normale en même temps qu'elle favorise la phagocytose.

Il ajoute qu'il ne saurait être question d'appliquer l'action thermo-électro-chimique à l'élimination des grosses tumeurs pour lesquelles l'ablation reste le procédé d'élection. Mais à ce traitement, devrait succéder le traitement préventif et curatif de la récidive. Les courants de haute fréquence et, en particulier, les effluves mono ou bipolaires du résonnateur Oudin ou du nouveau transformateur d'Arsonval, semblent exercer cette action en modifiant la vitalité des nouvelles régions contaminées par la brèche opératoire après les avoir désinfectées et drainées. Ce mode spécial d'applications électriques paraît être actuellement un des seuls moyens thérapeutiques à tenter dans le cas de tumeurs inopérables.

2° Que les courants de haute fréquence exercent une influence certaine sur la tuberculose pulmonaire et localisée ; le microbe s'accommode mal de l'application réitérée de ces courants, ses facultés reproductrices et la virulence de ses toxines s'atténuent comme l'avaient fait prévoir les expériences de laboratoire du Pr d'Arsonval.

Tandis que l'organisme humain, exposé à ces mêmes courants, voit s'accroître ses forces générales, son ennemi, placé dans des conditions pathologiques, s'affaiblit. Il est aussi probable que sous l'influence du bain électrique, l'action bienfaisante des phagocytes devient plus grande. Il semble évident que, dans ces conditions, l'assiégé, récupérant ses forces et aidé des phagocytes, finit par l'emporter sur le bacille. Il suffit alors de placer le malade dans les meilleures conditions d'hygiène et d'alimentation pour prévenir le retour du mal.

3° Que les effluves mono ou bipolaires des courants de haute fréquence et de haute tension guérissent rapidement les ganglions tuberculeux avec ou sans trajet fistuleux et qu'ils exercent une influence heureuse sur la tuberculose des os, les tumeurs blanches et dans les cas de tuberculose localisée. Ces courants relèvent l'état général, tandis que grâce aux effets des rayons actiniques, ils tuent le bacille.

Examen et massage de la prostate et des vésicules séminales

M. le Dr Gabriel *Colin* consacre, dans la *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, une très intéressante étude à la question si négligée de l'exploration et du massage de la prostate et des vésicules séminales par le toucher rectal.

Le toucher rectal se fait avec l'index, droit de préférence et le plus souvent ; mais il est utile d'exercer les deux index à cette manœuvre, car il est des conditions dans lesquelles, il peut devenir nécessaire d'examiner avec l'index gauche.

C'est la pulpe du doigt, ou plus exactement la pulpe de la phalangette seule, qui doit agir si l'on veut recueillir des sensations bien nettes.

Le doigt peut être nu ou recouvert d'une légère capote de bandruche ou d'un tissu de caoutchouc très fin comme on en fabrique spécialement dans ce but. *Quelque légers que* soient ces doigts de gants, ils enlèvent toujours un peu de sa sensibilité exquise à la pulpe de l'index ; d'ailleurs un bon lavage, suffisamment énergique et prolongé, à l'eau tiède. au savon et à la brosse, permettra un nettoyage parfait du doigt et de la main.

Nu ou ganté, l'index est largement enduit d'un corps gras, afin qu'il pénètre facilement, *doucement* et *loin*, car il est nécessaire d'avoir « le doigt long » (Guyon) pour pratiquer un examen dans de bonnes conditions ; l'huile est peu commode et doit être rejetée, la vaseline stérilisée est bonne, mieux vaut encore employer les pommades solubles, qui sont plus glissantes et non adhérentes au doigt après l'examen, selon la formule de M. Guyon ou du Dr O. Krauss :

Poudre de savon........	ââ 33 grammes.
Glycérine...............	
Eau......................	
Acide phénique cristallisé.	1 —

(Guyon.)

Gomme adragante............	2 gr. 50
Glycérine......................	10 grammes
Eau phéniquée à 3 %...........	90 —

(O. Krauss.)

M. Janet remplace l'eau phéniquée, irritante, de la pommade du Dr Krauss par de l'eau distillée, il stérilise sa pommade en tubes d'étain et la conserve ainsi parfaitement stérile à condition de flamber l'orifice du tube avant de s'en servir et de l'utiliser rapidement.

Pour faciliter la manœuvre et éviter de faire souffrir le patient, il est bon, ainsi que le préconise M. le Prof. Guyon, d'enduire aussi du corps gras le pourtour de l'anus, largement.

Enfin, *recommandation très importante*, on aura eu soin de vider l'intestin et la vessie au préalable, la vessie par miction ou sondage aussitôt

avant l'examen, l'intestin par un grand lavement pris de préférence 2 heures ou 3 heures avant l'examen, et, au besoin, chez les malades dont l'intestin est encombré, par un purgatif pris la veille.

Le toucher peut se faire, le malade étant couché en décubitus dorsal, ou bien en position génu-pectorale modifiée quelquefois en laissant le malade debout sur ses jambes et lui faisant plier à angle droit le corps, les mains appuyées sur une chaise.

Le doigt sera enfoncé doucement et le plus profondément possible, pulpe en avant, tandis que la main gauche déprimera l'hypogastre surtout pendant les mouvements d'expiration. De cette manière, on sent le bas-fond vésical chez l'adulte, et encore mieux chez l'enfant ; la main hypogastrique permet d'amener contre l'index droit la vessie et de l'explorer ; il faut se défier de la saillie que fait le bas-fond vésical, plus ou moins forte selon qu'il y a plus ou moins d'urine et ne pas la confondre avec une tumeur prostatique, erreur qui a pu être quelquefois commise. Ce double palper permet d'apprécier si la vessie est vide ou remplie, quelle quantité d'urine elle contient, si elle est épaissie, etc., tous ces renseignements étant de la plus haute importance pour établir le diagnostic de l'état de la vessie chez les prostatiques, les malades atteints de néoplasmes vésicaux, etc.

Prostate. La pulpe du doigt tombera ensuite sur le bord postérieur de la prostate qu'il faudra examiner méthodiquement. On portera d'abord l'extrémité de l'index sur la partie moyenne de ce bord postérieur, puis on explorera toute la région située à droite, lobe droit avec sa corne, vésicule droite ; revenant ensuite sur la ligne médiane, on explorera de la même façon la région gauche : enfin, ramenant le doigt à son point de départ, on lui fera descendre et suivre le sillon postérieur, puis le bec de la prostate.

Normalement, chez un sujet *jeune*, la consistance de cette glande est régulière, uniformément ferme, un sillon médian sépare très nettement les deux lobes, les tissus voisins sont souples, dépressibles ; chez *l'adulte* la glande est plus ferme, moins souple, présentant une résistance élastique particulière, le sillon médian est moins net et moins large, les lobes sont plus saillants et plus faciles à apprécier, la prostate présente sa forme classique de châtaigne, de cœur de carte à jouer, nettement délimitable au milieu de la souplesse des tissus voisins. Le doigt rencontre souvent à ce niveau des plis longitudinaux, quelquefois très marqués, qui résultent d'une simple disposition anatomique, ces « rectum à crête » (Guyon) n'ont rien de pathologique. Le palper hypogastrique combiné au toucher rectal permettra une grande précision dans l'appréciation du volume, de la consistance, de la forme, de la sensibilité de la prostate, on doit l'examiner par ce palper combiné comme on examine le corps de l'utérus. A l'état normal la prostate est indolente ; si elle est sensible, c'est qu'il y a prostatite à quelque degré. Toutes les fois qu'elle déborde le cadre osseux du détroit pelvien inférieur, c'est qu'elle est très augmentée de volume, à plus forte raison encore lorsque le toucher combiné avec la palpation hypogastrique la fait sentir au-dessus du pubis.

La pression exercée avec la *pulpe du doigt* sur la prostate donne souvent au patient, au moment où elle a lieu la sensation d'envies d'uriner et fait sourdre au méat une goutte de liquide prostatique. Normalement, ce liquide est laiteux, épais, blanc crémeux, non visqueux, dégageant une odeur spermatique caractéristique : le microscope y révèle des cellules épithéliales, des corpuscules amyloïdes, des cristaux butyriques ; à l'état pathologique ce liquide peut devenir plus abondant, plus jaunâtre, au microscope on découvre des leucoytes et, lorsqu'il y a infection, des microbes.

Ajoutons enfin que le toucher permet encore de constater un pouls rectal ; très active, cette circulation artérielle dénote un état inflammatoire ; cela s'observe dans les abcès de la prostate et le toucher permet de déterminer le rapport des artères avec le point fluctuant en cas d'intervention par le rectum.

Il ne faut pas oublier que « le toucher intra-uréthral », c'est-à-dire le cathétérisme explorateur, est nécessaire pour apprécier la longueur de la prostate et le relief de ses lobes.

Vésicules séminales. Le doigt, porté à droite et à gauche des cornes prostatiques, rencontre les vésicules séminales, les explore d'arrière en avant et en apprécie les modifications. A l'état absolument normal les vésicules sont difficilement appréciables ; pour certains même, on ne pourrait que deviner leur emplacement ; leur exploration devient au contraire très facile dès qu'elles sont atteintes, si peu que ce soit, « elle est presque toujours possible même lorsqu'une prostate volumineuse rend leur recherche un peu moins aisée ». Au besoin, on se servirait de l'index gauche pour explorer la vésicule gauche. Pour bien examiner les vésicules, — et on ne doit jamais négliger de le faire lorsqu'on examine une prostate, — « il faut enfoncer profondément le doigt dons le rectum, atteindre le bord supérieur de la prostate, vérifier le point d'insertion des vésicules à ce niveau et de la rechercher le corps même de ces glandes sur le bas-fond vésical, qui tombe en général à angle droit devant l'extrémité du doigt, quand celui-ci a dépassé la prostate. Cet examen est plus facile à vessie vide qu'à vessie pleine ; néanmoins, il est des cas où les vésicules sont plus faciles à apprécier quand elles sont soutenues par la paroi vésicale bien dilatée. Dans le cas où les vésicules sont suspectes, il est donc bon de pratiquer cet examen à vessie pleine et à vessie vide ». Une main placée sur l'hypogastre peut aussi fournir un plan résistant qui facilite l'examen pratiqué par le doigt rectal. On sent la saillie allongée formée par chaque vésicule, et, comme on l'a fait pour la prostate, on l'explore méthodiquement, afin de noter les différentes particularités observées ; la pression fait sourdre au méat un liquide blanc, crémeux, épais, non filant avec des granulations et des masses visqueuses ; c'est le liquide spermatique dans lequel on trouve normalement des cellules épithéliales, des corpuscules azotés, des spermatozoïdes, et dans lequel on peut trouver, à l'état pathologique cette fois, des leucocytes et des microbes.

Le doigt explorateur a donc parcouru successivement le bas-fond vésical, la prostate, les vésicules ; il pourra encore explorer l'urèthre, exploration négative à l'état normal, utile à l'état

pathologique (calculs de l'urèthre) ou dans un but de diagnostic (rétrécissement et spasme, signe de Bazy) ou thérapeutique (propulsion d'un instrument dans le canal).

Le *massage* s'exécute de la façon suivante :

Pour la *Prostate,* on procède à une série de frictions douces, de haut en bas, en allant de gauche à droite et réciproquement, puis latéralement, puis circulairement par des « mouvements de meule » circonscrivant des cercles concentriques larges d'abord, de plus en plus petits ensuite. Il ne faut pas déployer de force ; ce massage doit être doux, progressif ; « on évitera autant que possible d'éveiller un état de souffrance ; passer outre serait s'exposer à raviver les phénomènes inflammatoires ». (Guiard.)

Voici quelle est la pratique personnelle du Dr Gabriel Colin :

« Je fais uriner le malade (qui s'est retenu pendant les 2 ou 3 heures qui précèdent la séance de traitement) d'abord dans un premier verre, un jet seulement, c'est-à-dire 15 à 20 centimètres cubes d'urine, ce qui permet de se rendre compte de l'état de l'urèthre antérieur, puis dans un second verre, je lui demande d'uriner la presque totalité du contenu de sa vessie et de garder très peu d'urine pour tout à l'heure ; cette approximation est un peu difficile au début, mais les malades y arrivent parfaitement avec l'habitude que créent les toutes premières séances. A ce moment, je pratique, suivant les règles énumérées plus haut, le massage de la prostate pendant 1 à 3 minutes, puis je prie le malade d'uriner dans un 3e verre toute l'urine restant dans sa vessie, après que j'ai exercé, comme il a été dit, des pressions sur son urètre d'arrière en avant pour amener au méat, si elle n'y vient pas d'elle-même, la sécrétion produite par le massage ; l'aspect de cette sécrétion et de ce troisième verre permet de se rendre compte à chaque séance des progrès faits et à faire. Une fois le massage pratiqué et la vessie débarassée de l'urine qu'elle contenait encore, je procède au grand lavage urétro-vésical suivant les règles ordinaires. Lorsque le massage est fait en vue d'évacuer les sécrétions glandulaires, le doigt recherchera de préférence les points rénitents, qui s'affaissent sous lui ; le malade a la sensation très nette du passage dans l'urètre d'un liquide qu'on retrouve au méat ou dans l'urine ; si ces manœuvres sont douloureuses, il faut s'arrêter. Si la prostate est indurée, si elle résiste à la pression, mieux vaut ne pas insister sous peine de faire naître des phénomènes inflammatoires ; dans ces cas on prescrira du repos, un traitement antiphlogistique, et suivant les indications, des lavements chauds (45 à 50°), pris lentement et sans forte pression, des lavements calmants (antipyrine et laudanum ; têtes de pavot, etc.), des suppositoires résolutifs (ichthyol ; onguent napolitain ; iodure de potassium, etc).Sous l'influence du traitement approprié, la douleur et l'inflammation disparaîtront et une fois ce résultat obtenu, ou pourra reprendre et continuer fructueusement le massage.

Ici, comme pour l'examen de la prostate, il faudra s'aider de la main placée sur l'hypogastre, en l'enfonçant profondément en arrière du pubis, tout en recommandant au malade de ne pas se contracter et de respirer largement, la bouche ouverte ; ainsi, on peut, en amenant les deux mains l'une à la rencontre de l'autre, saisir entre elles la prostate, la main hypogastrique remplaçant avantageusement le plan résistant qu'on cherche à constituer par le pubis dans la position genu-pectorale.

Vésicules séminales. Leur massage s'exécute de la même façon, le doigt agissant surtout de haut en bas, d'arrière en avant.

Quel espace de temps laisser entre deux massages ? — Il importe, surtout au début, de faire une séance tous les jours, principalement quand la prostate est le siège d'une infection microbienne ; lorsque la prostate est aseptique, on peut à la rigueur espacer les séances de 48 heures

Combien de temps durera chaque séance ? Les premières fois une minute suffira ; lorsque le patient sera habitué à cette manœuvre 2 à 3 minutes représenteront un temps moyen, 5 minutes un grand maximum qu'il ne faut jamais dépasser, sous peine d'entraîner de l'irritation.

Les affections, dans lesquelles le massage est indiqué sont les prostatites blennorrhagiques chroniques, les vésiculites gonococciques, les congestions et prostatites aseptiques, enfin l'hypertrophie prostatique et la spermatorrhée.

« Dans les cas de spermatorrhée, de colique spermatique, de dilatation des vésicules avec rétention et stagnation des produits sécrétés, j'ai l'habitude — dit M. G. Colin, — de *pratiquer* tous les jours au début, tous les deux jours plus tard, un massage de la prostate et des vésicules d'une durée totale de 2 à 3 minutes, combinant l'expression proprement dite au massage, puis je pratique un grand lavage urétro-vésical à l'eau boriquée ou au nitrate d'argent à dose très faible, astringente (1 p. 10.000) ; je fais prendre au coucher un petit lavement aussi chaud que possible (45° à 50°), pris lentement, avec une pression faible, et après qu'il a été rendu je fais introduire pour la nuit un suppositoire rectal avec 25 à 40 centigr. de sulfo-ichthyolate d'ammonium ou d'onguent napolitain et 1 ou 2 centigrammes d'extrait de belladone ; le matin grand lavement frais, lotion locale froide, rapidement faite sur le bas-ventre, la verge, les bourses, le périnée, les fesses, la racine des cuisses ; hygiène générale (douches, frictions au gant de crin, etc.) ; régime alimentaire doux, en écartant les irritants. »

La constipation des enfants élevés au biberon.

D'après M. le Dr *Doerfler*, dans un article de la *Rev. de clin. et de thér.*, la constipation si fréquente des nourrissons élevés au lait de vache coupé d'eau reconnaît pour causes la trop grande dilution du lait étendu d'eau, la pauvreté de ce lait en matières grasses et la difficulté de la digestion de la caséine trop diluée.

Pour remédier à cet état de choses, le docteur Dœrfler a eu recours, avec succès, à la conduite suivante :

Le lait de vache, étendu d'eau et stérilisé au Soxhlet, est additionné d'une certaine quantité de beurre frais, de première qualité. Il faut donner la préférence au beurre provenant des régions alpestres et fabriqué par voie de centrifugation. Les quantités doivent être réglées avec beaucoup de soin, sur l'âge du nourrisson.

Pendant le *premier mois*, on se bornera à combattre la constipation au moyen de lavements.

Pendant le *deuxième* et le *troisième mois*, on fera prendre, le matin et le soir, de une demi à une cuillerée à café de beurre frais, en suspension dans du lait, jusqu'à ce que les selles soient redevenues régulières. Puis, on ne fera plus prendre le beurre que tous les deux jours.

Pendant le *troisième* et le *quatrième mois*, la dose quotidienne de beurre sera portée à deux et trois cuillerées à café. Une fois la constipation vaincue, le beurre ne sera plus donné que tous les deux ou trois jours, et seulement en cas de besoin.

A partir du *cinquième mois*, jusqu'à la fin de la première année, on fera prendre tous les deux ou trois jours, la valeur de une à trois cuillerées à bouche de beurre, pendant des périodes de temps assez longues.

A partir de l'âge de un an, les doses seront réglées suivant les circonstances individuelles.

Le beurre devra être donné en nature. *Il faut s'abstenir de le faire dissoudre dans le lait ou tout autre véhicule.* Il faut s'abstenir également d'employer du beurre datant déjà de quelques jours. Au demeurant, les nourrissons manifestent un flair exquis pour discerner la qualité du beurre. Ils repoussent instinctivement le beurre qui n'est pas frais ou qui est falsifié ; inversement, ils prennent plaisir à ingérer le beurre frais de bonne qualité. Au bout de quatre ou cinq heures, ils rendent, sans difficulté, des matières ayant une consistance de bouillie. La diarrhée ne s'observe que quand le beurre est donné à doses trop fortes.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

L'appendicite.

Pour la huitième ou dixième fois, peut-être davantage, nous revenons sur ce sujet toujours palpitant d'intérêt, autant par les nombreuses victimes que cette maladie a déjà faites que par les interminables discussions des médecins et des chirurgiens, qui ne parviennent pas à s'entendre.

Qu'on nous pardonne notre insistance à traiter la même question : en cela nous ne faisons qu'obéir au précepte du poète :

Vingt fois, sur le métier......

Et peut-être, nous faudra-t-il encore y revenir, selon l'expérience que l'observation et le temps nous aura apportée. Le fait est que, pour avoir voulu résoudre le problème trop hâtivement, beaucoup ont contribué à amener des résultats désastreux et à embrouiller de plus en plus les véritables indications cliniques.

I

APPENDICITE, TYPHLITE ET PÉRITYPHILITE.

« Depuis quelques années, entend-on dire partout, il n'est question que de l'appendicite ; serait-ce donc une nouvelle maladie ? ou, au contraire, serait-ce une maladie d'autrefois, devenue tout d'un coup à la mode ? » Il n'en est rien. L'appendicite n'est pas nouvelle et elle n'est guère plus fréquente, ni plus à la mode qu'autrefois. Mais, les recherches anatomo-pathologiques modernes et les progrès de la chirurgie abdominale, ont contribué à lever certains voiles qui planaient sur un grand nombre d'affections abdominales étiquetées un peu, au hasard :. péritonites, pérityphlites, engorgement stercoral cœcal, typhlite, phlegmon de la fosse iliaque droite.

Le diagnostic est plus précis et désigne d'un mot le véritable siège du mal qui a causé tous les accidents. Toutefois, il ne faut pas trop généraliser et ranger d'office toutes les affections du flanc droit sous l'étiquette appendicite. La typhlite et le phlegmon de la fosse iliaque ne doivent pas être rayés du cadre nosologique. Ce sont des degrés différents d'une affection qui reconnaît peut-être pour cause la même infection ; mais, il faut absolument ne pas les confondre.

La *typhlite* est le premier degré. C'est un engorgement fécal du cœcum attribuable à la constipation habituelle et aux stagnations de corps étrangers ingérés par erreur ou inattention (noyaux, os, cailloux).

Elle se révèle par une douleur plus ou moins contusive, une sensation de poids assez pénible dans la fosse iliaque droite,, des nausées, un état saburral assez prononcé des voies digestives, enfin, une constipation à peu près absolue.

La région malade est ballonnée, rénitente et même assez dure et tendue à la palpation. Avec un peu de douceur et d'habitude, on arrive facilement à sentir les masses fécales, arrondies, soudées, irrégulières. La température monte fréquemment à 38° et le pouls bat 90 à 100 par minute.

Telle est la typhlite. Elle se termine par une ou plusieurs débâcles, ou par le passage à un degré plus grave, la pérityphlite ou appendicite, ou enfin par une sorte d'état chronique.

La *pérityphlite* doit être considérée comme l'équivalent de l'*appendicite*. Cette affection survient progressivement à la suite d'une typhlite négligée ou mal soignée ou, au contraire, elle débute d'emblée avec fracas et phénomènes suraigus. Douleur iliaque droite très vive, empêchant le redressement du corps, vomissements bilieux et porracés, facies grippé, pommettes colorées, selles semi-diarrhéiques, semi-concrètes, fétides, pouls filiforme 120, 130, température 39 à 40°. A la palpation, la région iliaque droite est atrocement sensible ; on y constate un empâtement diffus, très nettement limité au côté droit du ventre, siégeant tantôt dans le flanc, tantôt dans l'hypocondre et la région ombilicale à droite. La peau est sillonnée de veines bleuâtres, gonflées et parfois même rouge et chaude, comme dans le cas d'un abcès superficiel. L'urine est rare et la miction pénible, brûlante. L'inappétence est complète et la langue enduite d'une épaisse couche saburrale, blanc-jaunâtre. Les phénomènes durent ainsi quatre à six jours, puis peuvent céder à un traitement efficace, ou, au contraire, s'aggraver et prendre une tournure de plus en plus péritonitique.

La *péritonite péri-appendiculaire* n'est qu'un état pathologique de transition entre l'appendicite et la péritonite suraigüe généralisée ou l'abcès de la fosse iliaque. Elle ne dure que quelques heures. Les phénomènes, qui annoncent la péritonite suraiguë sont trop caractéristiques pour

qu'il soit utile d'insister : pouls filiforme, vomissements porracés, température de 40 à 41°, facies grippé tympanisme et météorisme, palpation abdominale insupportable et impossible, diarrhée fétide, sueurs froides profuses, collapsus, cyanose et mort. Quand un foyer localisé se forme autour de l'appendice, on assiste alors à tout le cortège des symptômes du phlegmon iliaque : fièvre de suppuration à exacerbations vespérales, nausées, douleurs lancinantes dans le flanc droit, empâtement et matité de la fosse iliaque, alternatives de constipation et de diarrhée, L'abcès, une fois collecté, le pus se fraye un chemin soit vers la peau, soit vers le rectum, soit vers la vessie, ou encore, vers le péritoine. Chez la femme, le pus fuse parfois dans le petit bassin ou vers le vagin provoquant des fistules ou des pelvi-péritonites chroniques.

II

TRAITEMENT.

La question du traitement est d'une importance capitale, étant donnés les nombreux désaccords et les nombreux echecs constatés par les chirurgiens eux-mêmes. Les médecins ont eu le grand tort, à notre sens, de se retirer trop hâtivement devant les chirurgiens : ce n'est pas notre rôle à nous, médecins, d'implorer le secours de la chirurgie, tant qu'elle ne s'est pas montrée supérieure à la médecine. Certes, nous nous inclinons devant plusieurs conquêtes indiscutables de la chirurgie, mais nous devons mettre plus de circonspection que quiconque, à livrer nos malades aux audaces du bistouri. On ne mourait pas plus d'appendicite avant l'intervention des chirurgiens que depuis leurs tentatives réitérées.

Le traitement le plus rationnel et le plus efficace de l'engorgement cœcal ou typhlite est évidemment l'administration d'un lavement purgatif au sulfate de soude et au miel de mercuriale et d'un purgatif huileux ou salin, si l'huile est mal supportée d'habitude.

Le traitement par excellence de l'appendicite est, de l'aveu même de plusieurs chirurgiens sincères et prudents, l'*application de la glace*, l'immobilité au lit, la diète absolue, l'absence de tout purgatif et l'opium à l'intérieur.

Mais, quand on dit « *la glace* », ce n'est pas la glace comme on l'applique trop souvent, en faisant toucher le ventre par le fond d'une vessie de glace suspendue à un cerceau. Ainsi à peine 10 centimétres carrés de la peau du ventre se trouvent refroidis. Le traitement par la glace consiste dans l'application de une, deux ou trois grandes vessies de glace plates, suivant la largeur du ventre, reposant sur celui-ci directement et le couvrant dans son entier, sans qu'on craigne leur poids. Séparez-les simplement de la peau par une épaisseur de flanelle, et surveillez seulement pour que la peau ne devienne pas rouge, de peur des eschares. Que cette glace enfin soit renouvelée *scrupuleusement* toutes les 2 ou 3 heures, pendant tout le temps qu'il y a quelque chose dans le ventre qui vous préoccupe, par suite 3, 10, 15 jours au besoin.

Avec ce traitement, appliqué dès les premières heures, les accidents cèdent en 24 ou 48 heures environ.

« Le grave inconvénient, dit M. le Dr Reynier dans un article du *Journal de Médecine de Paris* c'est que le médecin est souvent appelé tardivement, au bout de 24, 48 ou 62 heures ; alors deux cas se présentent : ou les accidents sont limités à la fosse iliaque, sans retentissement péritonéal exagéré, ou nous sommes en présence de phénomènes de péritonisme généralisé, ballonnement du ventre, sans localisation appréciable.

« Dans le premier cas, instituer le traitement par la glace, et comme nous le dit M. Jalaguier, on verra ou tout s'amender, ou se limiter de plus en plus un abcès, que l'on ouvrira vers le 8e jour ou le 9e jour, quand les adhérences se seront faites .»

D'autre part, lorsque le malade est en pleine réaction péritonéale, ventre ballonné, traits tirés, facies grippé, température élevée ou abaissée, pouls rapide (120), vomissements incessants ou même fécaloïdes, il faut beaucoup de prudence, et de pondération ; la précipitation serait une faute irréparable et la chirurgie doit abdiquer.

Le mieux est d'instituer le traitement par la glace, l'immobilisation et la diète absolue, l'opium et en cas de besoin la caféine, les injections de sérum sous-cutanées ou intraveineuses, et l'on obtiendra plus de succès que par l'intervention, même dans des cas en apparence désespérés.

Au bout de quatre à six jours de traitement antiphlogistique, quand la température baisse, quand la douleur abdomino-iliaque droite diminue, on administre un ou deux lavements huileux et boriqués et on fait absorber un purgatif huileux, en ayant soin de bien surveiller les évacuations. Si tout se passe bien, on recommence deux jours après et on fait prendre une nourriture légère avec quelques conseils d'hygiène alimentaire pour la suite : éviter la constipation, exclure de l'alimentation tous les mets épicés, faisandés ou simplement fermentescibles.

Quand, au contraire, un empâtement persistant et tous les phénomènes du phlegmon iliaque se manifestent, l'intervention chirurgicale aseptique est nettement indiquée, mais non pas sous forme de laparotomie ; au contraire, sous forme d'incision sus-inguinale et sous-péritonéale. Il faut attendre que la nature ait localisé elle-même son foyer de suppuration, et qu'elle ait établi, ses barrières adhérentielles, pour évacuer le pus, sans risquer d'en infecter toute la cavité péritonéale et les régions jusqu'a lors indemnes.

Le phlegmon iliaque incisé sera drainé et pansé avec compression, mais non lavé et injecté afin de favoriser l'évacuation sans risquer de détruire des adhérences fragiles providentielles.

La prophylaxie des affections du cœcum et de l'appendice est assez complexe comme leur étiologie elle-même : 1° Mastiquer convenablement les aliments et, pour cela, veiller à l'entretien des dents ou à leur prothèse, ainsi qu'à l'emploi d'un temps suffisant pour les repas (une heure environ) ; 2° ne pas avaler de corps étrangers (os, verre, noyaux) et filtrer les eaux avec soin ; 3° s'abstenir d'aliments faisandés et fermentescibles le plus possible ; 4° combattre la constipation par des laxatifs, des lavements, et de l'exercice (marche, bicyclette) ; 5° enfin, purger suffisamment les malades atteints de grippe, afin de les débarrasser des germes que cette maladie paraît accumuler, pour le développement

des colites et entéro-colites (origine grippale de l'appendicite).

Dr Paul HUGUENIN.

OPHTHALMOLOGIE

La largine en Ophtalmologie.

C'est là un médicament nouveau, destiné à remplacer en oculistique le nitrate d'argent. Ce dernier remède est, en effet, susceptible de quelques reproches ; tout d'abord, il forme avec le blanc d'œuf des albuminates insolubles, il est d'un maniement très délicat ; enfin son pouvoir de pénétration est très faible, alors que les bactéries se cantonnent le plus souvent dans les couches profondes des tissus. Pour être juste, il faut cependant ajouter que le nitrate d'argent n'est pas sans influence sur les inflammations des couches profondes des muqueuses, attendu que par son action les conjonctivites guérissent rapidement.

Le but de la chimie moderne est de rechercher des sels d'argent, qui, sans avoir les inconvénients de l'azotate, n'en possèdent pas moins tous les avantages ; qui, par conséquent, pénètrent les couches profondes des tissus, ne soient pas trop irritants, et ne soient déplacés de leurs combinaisons ni par l'albumine, ni par le chlore. L'argentamine, l'argonine, l'itrol, l'actol, le protargol sont des médicaments nouveaux, qui ont un pouvoir bactéricide égal à celui de l'azotate d'argent, et n'altèrent pas les tissus d'une façon notable. L'idéal serait d'obtenir une préparation qui détruisît toutes les bactéries et n'altérât pas du tout les tissus. C'est là une chose presqu'irréalisable, attendu que pour tuer un microbe et transformer le milieu au point d'empêcher sa vie, il faut qu'une substance chimique change un peu les conditions biologiques des cellules, et par suite altère les tissus. Or, on connaît toutes les propriétés antiseptiques et désinfectantes de l'argent, et on a reconnu que c'étaient les combinaisons albumineuses de ce milieu, qui permettaient le plus de se rapprocher de cet idéal. On a donc cherché à augmenter le plus possible la teneur en argent de ces combinaisons, et c'est actuellement la largine, qui remplace à ce point de vue le protargol, médicament ayant contenu jusqu'alors le plus d'argent combiné. Le protargol, en effet, renfermait 8,3 pour cent d'argent ; la largine en contient 11,101 pour cent.

Le protargol avait été vivement recommandé par Darier dans les affections conjonctivales, et dans la blennorrhagie des voies lacrymales ; néanmoins M. *Falta* (*Wicner Médecinische Wochenschrift*, 1900, 31) le considérait comme un excellent remède nécessaire en pareil cas, mais ne pouvant nullement entrer en concurrence avec le classique nitrate d'argent. Ainsi que nous l'avons dit, la largine renferme plus d'argent combiné que le protargol, et son pouvoir bactéricide, d'après les recherches de Pezzoli, ne surpasserait pas seulement celui du protargol, mais encore celui de l'azotate d'argent. Une solution de largine à 1/4000 tue en cinq minutes la plupart des gonocoques d'une culture, et en dix minutes les anéantit complètement, chose que ne peut réaliser le nitrate d'argent (même à 1/2000) et encore moins le protargol.

Il semblait, dès lors, très intéressant de rechercher l'action de la largine dans les inflammations des conjonctives et des voies lacrymales, d'autant plus que de très bons résultats avaient déjà été obtenus avec le protargol.

La largine est une combinaison d'argent avec une solution alcoolique d'un dérivé de la paranucléine protoïde. Elle se présente sous l'aspect d'une poudre grisâtre, de faible densité et renferme 11,101 pour cent d'argent. D'après Pezzoli, elle est facilement soluble dans la glycérine, le sérum sanguin, les albumines acides et basiques, insoluble dans l'éther et l'alcool. Dans l'eau, elle ne se dissout que difficilement, au titre de 10,5 p. cent, même à température élevée ; elle forme de petites boules, comme le protargol, et il faut agiter vigoureusement le mélange pour obtenir une solution complète. La solution aqueuse possède une réaction alcaline, et n'est décomposée ni par le chlore, ni par l'albumine ; elle s'altère et brunit à la lumière. Il faut aussi savoir que la solution aqueuse de largine donne un dépôt au bout d'un certain temps ; il est donc nécessaire d'agiter le flacon, qui le contient, avant de s'en servir.

La largine possède une assez grande force d'imbibition ; c'est là une chose importante à considérer, car dans les affections de l'œil et des voies lacrymales, on trouve presque toujours envahies en même temps la muqueuse, la sous-muqueuse, et quelquefois le tissu conjonctif sous-jacent.

En oculistique, on peut employer sans danger une solution de largine à 10 %. Il se produit au moment de son application quelques phénomènes réactionnels ; l'œil devient plus rouge, et le malade éprouve une sensation de cuisson plus ou moins longue. Le protargol est moins douloureux ; mais le nitrate d'argent cause une cuisson plus vive, ce qui indique des désordres organiques plus considérables. Il faut cependant reconnaître que cette sensation de brûlure éprouvée subit de grandes variations individuelles, et ne peut servir d'une façon absolue comme point de comparaison entre deux médicaments : certains malades souffrent pendant une minute ou deux, alors que d'autres souffrent pendant une heure, et cela avec une solution au même titre.

On a employé la largine dans des catarrhes aigus ou subaigus de la conjonctive, dans des blépharo-conjonctivites, dans des ulcérations de la cornée, dans l'ophtalmie catarrhale, dans le trachôme, dans les maladies des voies lacrymales. Les résultats obtenus avec la largine dans les inflammations conjonctivales sont étonnants. Un cas de conjonctivite, avec ulcérations profondes a guéri en cinq jours. Les attouchements à la largine ont aussi amené une guérison rapide d'ulcérations catarrhales de la cornée. Si, dans les catarrhes conjonctivaux, la sécrétion est abondante, il faut faire des instillations fréquemment répétées dans la journée, avec une solution à 1 % ; la chose est d'autant plus facile, qu'on peut très bien confier la largine au malade.

L'ophtalmie catarrhale peut guérir avec une solution de largine à 3 %, sans cataplasmes antiseptiques.

Quant au trachome, il ne peut disparaître que grâce à une intervention mécanique ou chirurgicale ; la largine est utile dans le traitement ultérieur.

Le protargol avait déjà donné de bons résultats dans la blennorrhagie des culs-de-sacs lacrymaux ; mais la sécrétion morbide fut tarie plus rapidement avec la largine à 10 % qu'avec le protargol à 20 %. Mais, si la largine est supérieure en pareil cas, elle ne dispense pas de pratiquer le cathétérisme des voies lacrymales, car, lui seul, peut éviter les rétrécissements.

On a beaucoup vanté l'argentamine et le protargol dans le traitement de l'ophthalmie blennorrhagique. M. Falta pense que la largine n'est pas inférieure à ces médicaments. Néanmoins, cette maladie doit être enrayée très rapidement, et n'offre donc pas un vaste champ à l'expérimentation ; le nitrate d'argent donne une garantie presqu'absolue en pareil cas ; il faut savoir s'en contenter.

En résumé, d'après M. Falta, c'est la largine, qui, entre tous les dérivés albumineux de l'argent, permet d'obtenir les meilleurs résultats. Elle est peu irritante, mais, à la rigueur, on peut y mélanger une solution de cocaïne à 2 ou 3 p. cent. Il est évident que la largine ne peut pas, dans certain cas, remplacer le nitrate d'argent ; mais elle permet de généraliser un peu, sans endommager ou irriter les tissus, l'emploi de l'argent, ce merveilleux antiseptique.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les actes du Congrès de médecine professionnelle.

Les deux communications suivantes, émanant de membres du Concours médical, ont reproduit, au Congrès, des idées qui nous sont chères, et qui avaient déjà été adoptées par nos Assemblées générales de 1896 et de 1898.

Le Sanatorium au point de vue professionnel. (Dr Verhaeren.) — Comme établissement de cure, d'isolement et d'éducation thérapeutique, le Sanatorium — dans l'état actuel de la Science, — est considéré comme indispensable aux tuberculeux. Mais un Sanatorium ne peut être réellement efficace et offrir toutes les garanties désirables aussi bien au malade qu'à son médecin traitant, que s'il est *exclusivement médical*, c'est-à-dire si sa direction médicale et administrative est dévolue à un médecin. Celui-ci doit être maître chez lui et maître absolu, suivant l'heureuse expression de MM. Brouardel et Grancher. Il pourra avoir des subalternes non médecins, des employés, mais devra toujours avoir la haute main sur eux. — Qu'on s'inspire de la loi sur la pharmacie, qui exige que le pharmacien soit seul propriétaire de son officine. Elle lui interdit de servir de prête-nom et même d'avoir des associés non pharmaciens. Ces prohibitions sont la sauvegarde de la société, dans l'exercice d'une profession qui, sans elle, pourrait présenter de graves dangers pour la santé publique. — Le Sanatorium ne peut-il être comparé à la pharmacie sous ce rapport, et l'un comme l'autre ne peuvent-ils produire des effets désastreux similaires, — s'ils deviennent mercantiles ?

On peut définir le Sanatorium : un établissement, exclusivement médical, destiné aux tuberculeux ou aux tuberculisables, dans lequel sont rigoureusement appliqués, par le Médecin-Directeur lui-même, tous les principes appropriés d'hygiène, de thérapeutique et de prophylaxie.

Vis-à-vis du médecin traitant qui lui confie un malade, le médecin du Sanatorium se considérera comme un spécialiste ordinaire, et, la cure terminée, lui renverra ce malade avec son avis adressé directement.

Enfin, un médecin peut accepter de donner des soins à des malades placés dans une maison de santé non médicale, à condition de bien spécifier son rôle et de ne pas laisser faire de son nom et de son titre un usage abusif de nature à tromper médecins et public. Il ne devra pas, par exemple, se laisser qualifier de médecin-Directeur quand il ne l'est pas — de médecin résident, quand il habite à deux ou trois kilomètres.

Conclusion proposée :

Le Congrès : — reconnaissant le danger qui résulte pour les malades de l'usurpation du titre de Sanatorium, par des établissements non médicalement dirigés — émet le vote suivant :

1° Un sanatorium ne sera digne de ce titre que s'il est exclusivement dirigé par un médecin, tant au point de vue médical, qu'au point de vue administratif.

2° Un médecin donnant ses soins à des malades placés dans des établissements non médicaux, devra bien spécifier son rôle de façon à ne tromper ni malades, ni médecins susceptibles d'envoyer leurs clients dans ces maisons de santé.

Rapports des médecins avec les Compagnies d'Assurance relativement à la loi « Accidents du travail ». Dr Barbanneau, de Pouzanges (Vendée). Résumé. — Pour nous résumer, nous proposons de voter les conclusions suivantes sur les rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances, relativement aux accidents du travail :

1° En principe, le patron (ou la Compagnie) est un client comme un autre, ni plus, ni moins. Et même la Compagnie, en réalité, n'est rien aux yeux de la loi ; le patron seul est responsable ; à lui seul la note d'honoraires doit être remise, sans tenir compte de ses engagements avec une Compagnie que nous ne devons pas connaître.

2° Dans chaque pays, faire établir, soit par les Syndicats, soit par toute autre association médicale, un tarif d'honoraires suffisamment rémunérateur, pouvant être accepté par tous les médecins et imposé aux patrons, c'est-à-dire aux Compagnies. Ce tarif, visant des ouvriers, ne doit être ni trop exagéré, ni trop amoindri. De plus, dans chaque pays, s'il existe des tarifs différents suivant les contrées, tendre à les unifier : c'est le moyen d'établir une solide base à toute revendication en justice.

Dans ces tarifs, contrairement au système girondin, le prix forfaitaire ne peut pas et ne doit pas s'appliquer, aux visites subséquentes ; il ne touche que les interventions chirurgicales possibles, au début et dans le cours du traitement.

4° En pratique, éviter autant qu'on peut une nomination spéciale par une Compagnie, nomination entraînant toujours une diminution d'ho-

noraires ; déclarer nettement que tous les médecins de la même région acceptant le même tarif, chaque patron assuré a la liberté du choix de son médecin.

5° Si, pour des raisons spéciales, on se croit obligé d'accepter le mandat de médecin d'une Compagnie, exiger, avant toute autre condition, l'acceptation écrite du tarif adopté ; ce tarif, dont une copie sera remise à chaque Compagnie, devra toujours être la condition primordiale de toute entente.

Dans les pays où il n'existe pas de loi particulière sur les accidents du travail, établir les mêmes tarifs que ci-dessus, et déclarer péremptoirement aux patrons et aux Compagnies qu'on leur refusera tous certificats jusqu'à l'acceptation sans restriction de ces tarifs.

Quelques remarques sur la crise médicale.

Voilà plusieurs mois déjà que le *Concours médical* a ouvert ses colonnes à tous ceux qui ont voulu dire leur mot sur la crise que traverse notre profession, par suite de l'encombrement. Plusieurs solutions ont été proposées, depuis la plus radicale, *le médecin fonctionnaire*, jusqu'à l'*inerte* : « *Rien à faire* ! ». Toutes ont trouvé de chauds défenseurs et de non moins ardents adversaires ; ce qui prouve que l'accord n'est pas près de se faire sur cette question. J'ai, pour ma part, bataillé ferme et souvent en faveur de la limitation du nombre des médecins proportionnellement aux postes vacants. J'ai vu, avec satisfaction, mes idées partagées, à quelques détails près, par plusieurs confrères : Jeanne, Gassot, Boyer, etc. ; j'ai rencontré également des opposants irréductibles, qui ont formulé des critiques toujours courtoises et souvent sérieuses. Je n'ai d'ailleurs pas la prétention d'imposer cette limitation comme une panacée, et j'ai lu avidement les travaux du 1er Congrès de médecine professionnelle et de Déontologie médicale, dans l'espoir de trouver mieux. J'ai été déçu. Non pas que les motions proposées, les vœux exprimés ne soient excellents en soi ; mais, je suis convaincu qu'ils se heurteront dans la pratique, à des difficultés insurmontables.

Les uns disent : « Nous sommes trop nombreux ; notre cercle respectif d'action se restreint chaque jour ; c'est simple : augmentons le prix de nos visites et nos recettes ne diminueront pas.... » Par malheur, c'est l'inverse qui a lieu toujours, conséquence inéluctable de la grande loi économique de l'offre et de la demande. Quand celle-là l'emporte, la marchandise se déprécie. Pour rayonner au loin et augmenter sa clientèle, on empiète sur la zone du voisin, en diminuant les tarifs et en faisant la concurrence au rabais. Ainsi que l'écrivait fort justement le Dr Guionnet (*Concours médical*, 1er septembre), tel qui, dans son voisinage immédiat, s'en tient aux honoraires raisonnables et demande cinq francs pour une visite à 5 kilomètres, ne demande plus que 6 francs à 8 kilomètres, 8 francs à 12 kilomètres, etc., et si on lui en fait l'observation, il répond : « Il vaut « mieux gagner moins par visite et en faire da« vantage. » (Sic.)

D'autres usent d'un procédé différent, mais le résultat est le même. Ils jurent leurs grands dieux qu'ils sont fidèles aux tarifs convenus et c'est vrai ; mais, ce qu'ils ne disent pas, c'est qu'ils ne se font pas payer la totalité de leurs soins, ne comptant que 15 visites, par exemple, quand ils en ont fait 20. J'en ai connu un qui disait à son client : « Vous êtes en bonne voie « et n'avez plus besoin de moi ; cependant, je « reviendrai vous voir encore une fois, mais « sans qu'il vous en coûte un sou... » Et le malade de se récrier sur la gracieuseté de son médecin « qui n'est pas regardant comme M. X. ou M. Y., etc. »

D'autres enfin, toujours à cheval sur les principes — en paroles — pour des tournées à faire et à heure fixe, s'installent chez le mastroquet du village, et, véritables courtiers marrons en consultations, offrent leurs soins, en passant, avec 50 %, 75 % de rabais. Ils vont de porte en porte s'informer de la santé de leurs clients et semblent dire : « Voyons, mon ami, êtes-vous « bien portant ? N'avez vous pas quelqu'indis« position à laquelle je pourrais remédier : pro« fitez-en pendant que je suis là, ce n'est que « deux francs... » N'allez pas croire que j'invente, ces types-là sont vivants ; vous les coudoyez chaque jour : vous pouvez leur proposer d'augmenter les prix...... Notez qu'ils font souvent partie du Syndicat médical de leur région, qu'ils y prennent volontiers la parole pour tonner contre les abus.....

Il y en a cependant parmi nous, c'est, hélas ! le petit nombre, qui pourraient, qui devraient élever leurs honoraires : ce sont ceux auxquels leur situation personnelle assure le pain quotidien, à l'exclusion de toute clientèle ; ils permettraient ainsi à leurs voisins moins fortunés de se faire mieux rémunérer et procéderaient à une heureuse sélection, pour le plus grand profit de tous. Ah ! bien oui, ce sont souvent les plus jaloux, les *rabaisiens* les plus enragés. Ne me parlait-on pas dernièrement d'un riche médecin qui, dans un but de réclame, sans doute, fait des visites à dix kilomètres de chez lui pour *trois francs* ? Sans commentaires, n'est-ce pas ? Nous sommes trop, voilà le mal. Et quoiqu'on dise, quoi qu'on fasse, quelque éloquente que soit la croisade en faveur de l'union, de l'entente, il se trouvera toujours des dissidents, besoigneux ou mal intentionnés, en nombre suffisant pour neutraliser les efforts de ceux que j'appelle les *bien pensants*....

On dit ailleurs, avec raison, que la diminution de nos gains vient de ce qu'un nombre imposant d'individus qui pourraient honorer convenablement leur médecin, trouvent le moyen, à la faveur des Sociétés mutuelles ou de l'Assistance publique, d'esquiver l'obligation d'être soignés au tarif commun. On conseille de n'accepter comme mutualistes ou assistés, que ceux qui réunissent les conditions requises pour l'une de ces deux qualités. Passe encore peut-être pour la mutualité ; mais essayez de réagir contre les abus de la médecine gratuite, et faites rayer de la liste d'assistance d'une commune l'instituteur qui a trouvé le moyen de s'y installer en belle place, cependant qu'il se livre aux douceurs de la chasse avec permis dûment acquitté. En admettant que vous réussissiez, ce qui n'est rien moins que démontré, qu'avez-vous gagné ? Rien, ou plutôt, si : vous avez gagné un ennemi mortel qui, dans sa sphère, vous

fera une guerre acharnée, contre laquelle vous serez sans défense, exploitera contre vous vos insuccès, vos travers de caractère (qui n'en a pas?) et qui finira par détourner de vous une fraction plus ou moins importante de la population.

Portant cette question de l'Assistance sur un autre terrain, et considérant que les honoraires que nous lésine l'Administration sont absolument dérisoires, l'un de nous, le Dr Souesme, propose d'en poursuivre le relèvement par tous les moyens et recommande carrément la grève. Cette mesure extrême — parfaitement justifiée en droit — ne saurait produire d'effet qu'autant qu'elle serait acceptée par la totalité des médecins d'une région, d'un arrondissement, d'un département ; et il n'y faut pas compter. Le malheureux qui n'équilibre péniblement son budget annuel que grâce aux quelques centaines de francs qui tombent dans sa caisse, du chef de l'assistance, n'en fera certainement pas le sacrifice de gaîté de cœur, alors qu'il pourra redouter qu'un voisin, plus malin ou moins scrupuleux, ne s'offre spontanément à assurer le service dans les mêmes conditions. Qui lui garantira que ce voisin n'existera pas ?

Mais, je vais plus loin, et j'admets que, pour une fois, l'harmonie parfaite règne parmi nous et que tous sans exception nous acceptions la grève ; les indigents cesseront-ils d'être soignés? Ce serait faire injure au désintéressement, à l'humanité, au dévouement du corps médical que de le croire. Il n'y aura donc rien de changé en fait, cependant que l'administration, soutenue au besoin par les Pouvoirs publics, s'efforcera de rechercher un personnel médical, auquel elle garantira des avantages certains : services publics, clientèles des fonctionnaires, indemnité de résidence au besoin, et qui ne lui fera pas défaut, soyons-en sûrs, parce que, encore une fois, il y en a trop qui sont en quête d'une situation, tout prêts à la prendre, quelle qu'elle soit. Il est légitime de demander à l'Etat — riche client — de mieux reconnaître les soins que nous donnons à ses indigents. Mais j'ai la conviction absolue que la grève n'est pas faite pour nous donner gain de cause.

L'exercice illégal de la médecine passe, à bon droit, pour une des grandes causes de diminution de nos ressources et nous sommes invités à le combattre à outrance. Il faut toutefois demander à ceux qui se sont mêlés de poursuivre un rebouteux ou un empirique le profit qu'ils en ont retiré. J'en sais personnellement quelque chose. Et je ne parle pas des difficultés sans nombre qu'on éprouve avant de mettre en branle le formidable appareil de la justice — qui ne fait pas tant de façon quand il s'agit d'un médecin accusé à tort ou à raison. Et je ne parle pas davantage des jugements extraordinaires et des condamnations... innocentes, prononcées par les tribunaux, quand les faits sont patents et reconnus même par les coupables.

On a dit encore... mais que n'a-t-on pas dit qui ne fût bien dit, sagement pensé, remarquablement exposé... et cependant les choses demeurent en l'état ? Pourquoi ? Parce que nous sommes trop ! Que notre nombre diminue d'abord, et l'accord se fera ensuite de lui-même. C'est bientôt fait de conseiller au médecin que son métier ne nourrit pas, de faire autre chose. Que voulez-vous que fasse un médecin qui ne fait plus de médecine ? Quant aux aspirants au diplôme qui ne connaissent généralement rien de notre vie, qui ne voient que les dehors de la profession, qui ignorent tout ce que cachent souvent de misère dissimulée, de rancœurs, de dégoûts, l'austère redingote et le huit-reflets plus ou moins passé du praticien « blanchi sous le harnais ». Cherchez, si vous voulez, à les détourner de la voie dans laquelle ils se sont engagés : ils vous regarderont d'un air goguenard, prendront vos avertissements pour la crainte anticipée d'un rival, seront persuadés qu'ils feront mieux parce que plus malins, et continueront comme de plus belle, jusqu'au jour où ils se mordront les pouces, en se morfondant dans leur cabinet, dans l'attente du client qui ne viendra pas !....

Confraternité ! solidarité ! c'est parfait dans les livres, dans les journaux, dans les congrès ou encore entre deux coupes de champagne, quand s'épanchent les trésors de bonté, de cordialité, d'indulgence que tout homme sent au fond de lui, même après un bon repas. Et chacun, rentré chez soi, oubliera comme un rêve, la minute d'abandon vécue en trêve aux soucis journaliers et ne verra que le chiffre d'affaires insuffisant qu'il faut augmenter coûte que coûte, pour nourrir la famille, pour payer les fournisseurs, pour éviter la noire faillite qui ne lui laisserait même pas ses outils de travail ; son misérable tilbury et sa rossinante efflanquée ! !

Avant de conclure, je me permets de reproduire la première phrase du Propos du jour du dernier numéro du *Concours* :

« Les Compagnies d'Assurances-accidents ont « chez nous de puissants alliés pour lesquels « la déontologie et la solidarité médicale sont « des considérations de médiocre importance. »

Généralisons, et disons toutes les administrations, toutes les collectivités et le public lui-même ont chez nous des alliés. Je suis bien aise de pouvoir terminer cet article sur cette constatation avec preuves à l'appui de notre confrère Jeanne.

Et je dis que les vœux du Congrès, les votes des syndicats, les conseils des Associations à leurs membres, resteront purement platoniques, tant que les mesures présentées pour relever le prestige de la profession médicale ne seront pas accompagnées d'une sanction. Attendre l'amélioration de notre sort de l'initiative individuelle, c'est tabler sur le néant. Mais il ne faut pas perdre de vue que la principale cause du mal, est l'encombrement et que c'est l'encombrement qu'il faut s'efforcer d'atteindre à tout prix.

Le 10 septembre 1900. Dr Duchesne.

CORRESPONDANCE

Le contenu de la phlyctène comme signe de la mort réelle.

Mon cher directeur,

Je viens vous remercier du programme que vous avez eu l'extrême obligeance de m'envoyer. J'y ai trouvé les indications nécessaires pour diriger les premiers pas de mon fils vers la carrière médicale.

J'en profite pour réclamer auprès de vous la priorité du « *nouveau moyen de constater la mort réelle* » en faveur du corps médical de Chambéry dont j'ai fait partie de 1873 à 1883 (pendant 10 ans).

Dès mon arrivée dans cette ville, le Docteur Gaspard Dénarié, médecin aussi savant que distingué, et considéré, m'avait appris à l'employer tel qu'il est décrit dans le dernier n° du *Concours médical* d'après le *Journal de médecine de Paris*.

Ce moyen était d'un usage constant, parmi les médecins de cette ville, depuis un temps immémorial.

Si vous aviez le moindre doute à cet égard, vous pourriez vous renseigner auprès de mes anciens collègues de la société médicale, dont j'étais le secrétaire. Mon successeur dans cette fonction pourra vous édifier pleinement à ce sujet.

Les jeunes doivent l'avoir appris comme moi des anciens et y avoir recours, comme jadis, dans toutes les constatations de décès, ainsi que je n'ai cessé de le faire moi-même depuis 27 ans.

Veuillez agréez, etc.

Dr Chamousset, de Bellême (Orne).

REPORTAGE MÉDICAL

La cure du shah de Perse. — Nous avons reçu, comme beaucoup de confrères, l'album de Contrexéville, où sont représentés les médecins qui ont pris part à la consultation historique réunie autour du shah de Perse. Il n'est pas mauvais que, de temps en temps nos stations thermales, trouvent l'occasion de faire consacrer ainsi leur vieille renommée, quand l'engouement et la mode poussent si souvent les gens à aller chercher hors de nos frontières les bienfaits d'un traitement que la nature a mis si près d'eux.

Dans l'appréciation de la durée d'une lésion résultant d'un accident de travail, faut-il tenir compte de l'état de santé antérieur de la victime ?

S'il est unanimement reconnu que le législateur n'a pas voulu comprendre les maladies professionnelles dans la loi sur les accidents du travail, la jurisprudence n'est pas encore fixée sur le point de savoir s'il faut tenir compte, dans l'appréciation des conséquences d'une lésion acquise pendant le travail, de l'état de santé antérieur de la victime.

D'après une décision du juge de paix du 1er canton du Mans, par le mot « accident » employé dans la loi du 9 avril 1898 il faut entendre une lésion corporelle provenant de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure.

C'est dans ce cas, et dans ce cas seulement et pour les conséquences directes et immédiates qui en découlent, que s'ouvre pour l'ouvrier le droit à une indemnité.

Les maladies professionnelles sont exclues des dispositions de la loi de 1898, et à plus forte raison les incapacités qui sont dues, non plus à un accident en lui-même, mais à une maladie constitutionnelle dont la victime était atteinte antérieurement.

La durée de la lésion peut alors servir à établir la part qu'il convient de faire à la maladie dans l'état de l'ouvrier, et le patron peut-être admis à prouver que l'état pathologique de son ouvrier — dans l'espèce l'albuminurie — a pour sa blessure les conséquences dont il se plaint. (*Sem. méd.*)

Service militaire des étudiants en médecine. — Le ministre de la guerre vient de décider que les jeunes gens qui, soit au moment du conseil de revision ou de la signature de l'engagement prévu par la loi du 11 juillet 1892, soit ultérieurement, ont demandé à bénéficier simultanément d'un cas de dispense prévu à l'article 23 et d'un cas prévu à l'article 21, doivent toujours être convoqués pour accomplir la période d'exercices de quatre semaines imposée par l'article 23 dans le cours de l'année qui précède leur passage dans la réserve.

S'ils se rendent à cette convocation, ils conservent tous leurs droits à invoquer ultérieurement, à leur choix, soit l'un, soit l'autre de leurs cas de dispense.

Toutefois, s'ils se prévalent de la dispense prévue à l'article 21 pour refuser d'accomplir cette période d'exercices, ils doivent être considérés comme ayant définitivement opté pour ce cas ; ils ne seront plus admis ultérieurement à se prévaloir de la dispense de l'article 23, et s'ils ont un frère plus jeune, celui-ci ne pourra plus invoquer le cas de dispense de l'article 21 que l'aîné aura épuisé.

Nous lisons, d'autre part, dans une instruction ministérielle datée du 28 septembre :

« Les dispensés étudiants en médecine seront répartis avant la mise en route, par les soins du général commandant le corps d'armée, entre les régiments d'infanterie subdivisionnaires ou régionaux, les bataillons de chasseurs à pied et les régiments d'artillerie et du génie de la région, suivant les besoins de chacun de ces corps. Ceux de ces étudiants qui sont domiciliés dans les gouvernements militaires de Paris et de Lyon seront répartis avec les étudiants des régions auxquelles sont affectés, au point de vue du recrutement, les divers cantons des départements de la Seine, de Seine-et-Oise et du Rhône. Dans aucun cas, ils ne devront faire leur année de service dans les troupes stationnées à Paris ou à Lyon.

Cette mesure permettra de placer dans les détachements, dont la constitution ne comporte pas de médecin militaire, un étudiant en médecine destiné à parer aux accidents et à donner les premiers soins aux malades, en attendant l'arrivée du médecin chargé du service médical du détachement. »

De son côté, et poursuivant son idée, M. le docteur Lachaud, député de la Corrèze, a été reçu par le général André, ministre de la guerre, auquel il venait demander de vouloir bien examiner le projet de loi dont il est l'auteur et de faire appliquer, dès l'arrivée au corps des jeunes soldats de la nouvelle classe, ses principales dispositions.

Le docteur Lachaud demande, comme nous l'avons dit, que les étudiants en médecine soient, à leur entrée au régiment, considérés comme externes du corps de santé militaire et employés comme tels à aider les médecins-majors, qui manquent souvent d'auxiliaires.

Ainsi, estime le docteur Lachaud, on trouverait aux majors des collaborateurs dévoués, sans augmenter le budget.

Le ministre de la guerre a promis au docteur Lachaud d'examiner sa proposition sans retard.

Les hôpitaux spéciaux pour cancéreux. — A la Société de chirurgie allemande, Czerny vient de soumettre un vœu de création d'hôpitaux spéciaux pour les cancéreux, en montrant que ce serait le moyen de faire progresser la médecine sur ce sujet, tout en soulageant plus efficacement les malades.

L'Angleterre et les Etats Unis ont déjà marché dans cette voie.

La France ne peut signaler en cette matière que l'œuvre fondée à Lyon par Mme Garnier-Chabot en 1842, qui compte aujourd'hui une maison dans chacune des villes suivantes : Paris, Lyon, Marseille Saint-Etienne, Rouen et Bruxelles. Il ne serait peut-être pas difficile de donner à cette œuvre un caractère scientifique sans nuire à sa portée charitable.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4560. — M. le Docteur Laurencin, de Mâcon (Saône-et-Loire), membre de l'Association des médecins de Saône-et-Loire et du Syndicat de Mâcon.

N° 4561. — M. le Docteur Ladroitte, de Brunoy (Seine-et-Oise), membre de l'Association et du Syndicat des médecins de Corbeil.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 44 3 NOVEMBRE 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

SOU MÉDICAL

Séance préparatoire de l'Assemblée générale du 24 octobre 1900.

Présents : MM. les Drs Le Gendre, Lepage, Maurat, H. Cézilly, Gassot, Jeanne, Mignon ; Giberton et Huguenin, contrôleurs.

Excusés : MM. les Drs A. Cézilly, Rousseau, Bazot, de Grissac et Me Gatineau.

M. le Dr Le Gendre, président de la séance, invite d'abord le Trésorier à soumettre ses comptes aux contrôleurs.

Après l'approbation de ceux-ci, le Conseil décide de demander à l'Assemblée la suppression du recouvrement par les dizainiers.

Le Secrétaire général donne ensuite lecture de son rapport qui dénote les progrès considérables de l'Œuvre.

Le Conseil décide l'envoi des convocations et fixe l'ordre du jour :

Allocution du Président ;
Rapport du Secrétaire général ;
Rapport du Trésorier ;
Rapport des Contrôleurs ;
Propositions diverses.

L'assemblée aura lieu, à 3 heures et demie, au restaurant Marguery. Les sociétaires sont priés d'adresser dès maintenant au siège social, propositions pour la séance et adhésions au banquet.

Le secrétaire adjoint,
Dr MIGNON.

Association Amicale

Réunion préparatoire de l'Assemblée générale tenue le 24 octobre 1900.

Présents : MM. les Drs Maurat, Gassot, Jeanne, vice-président, trésorier et secrétaire général ; Rigabert et Saint-Cyr de Montlaur, contrôleurs ; H. Cézilly et Mignon.

En l'absence de M. le Dr Archambaud, M. Mignon prend les fonctions de secrétaire de la séance.

Excusé : M. le Dr Cézilly, président, suppléé par M. le Dr Maurat.

Le Conseil soumet à l'examen des contrôleurs les comptes du Trésorier qui reçoivent pleine approbation.

Il prononce ensuite, en leur donnant la date du 1er octobre, les admissions suivantes : MM.

A. Comar (Gaston), Paris, 130, rue de la Glacière.
B. Canard (Claude), Pont-de-Veyle (Ain).
B. Rey (Germain), Toulouse, 40, rue d'Alsace-Lorraine.
A. Gonez (Joseph), Plougastel (Finistère).
B. Sage (Joseph), La Tour-du-Pin (Isère).
A. Perrion (Augustin), Nantes, 8, rue de l'Écluse.
A. Belin (Leo), Briec-de-l'Odet (Finistère).
B. Poitevin (Charles), Ouzouer-le-Marché (Loir-et-Cher).
B. Lombard (François), Nice, 10, rue Garnier.
A. Cuche (Claude), Liere (Haute-Saône).
B. Auraud, de Lyon.

Deux protestations contre l'application des statuts en matière d'indemnité sont présentées par le secrétaire général. Il est décidé qu'elles seront soumises à l'Assemblée générale.

Le Conseil prend ensuite connaissance du rapport d'actuaire qui accompagne les résultats de l'inventaire fait par M. Fleury, et entend toutes observations complémentaires qui en découlent.

Il étudie les modifications légères qui seront proposées pour les statuts, et que le rapport du secrétaire général fera connaître, et prie M. Fleury de vouloir bien assister à l'Assemblée.

Enfin, il décide l'envoi des convocations et fixe l'ordre du jour suivant :

Allocution du Président ;
Rapport du Trésorier ;
Rapport des Contrôleurs ;
Rapport du Secrétaire général ;
Discussion des modifications statutaires ;
Renouvellement du Bureau ;
Election d'un Contrôleur ;
Propositions diverses, soumises d'avance au Conseil.

L'Assemblée se réunira à 2 heures, chez M. Marguery. Les sociétaires sont priés d'informer dès maintenant le Bureau de leur intention d'assister au banquet.

Pour le Secrétaire des Séances,
Dr Mignon.

Rapport statutaire du Conseil de Direction de la Société civile du Concours médical.

Exercice 1899-1900.

La vingt et unième assemblée générale des membres de la Société civile du *Concours médical* aura lieu le dimanche 18 novembre prochain. Le Conseil de direction fait un chaleureux appel aux adhérents du Concours ou de ses œuvres, pour les engager à assister aux réunions qu'elle occasionnera.

C'est en effet dans ces réunions que se produisent, et l'échange des idées fructueuses et l'accord qui met pendant un an en parfaite communauté d'idées le journal et ses lecteurs, la direction et les adhérents, pour le plus grand bénéfice de tous.

Cette union intime, qui s'est cimentée dès les premiers jours du Concours médical, et que les années n'ont fait que fortifier, constitue en effet la puissance véritable de notre organisation, et c'est d'elle qu'est sortie toute cette pléiade d'œuvres filles qui, assurément, sont indépendantes dans leur fonctionnement, mais qui cependant se soutiennent mutuellement par la force morale qui domine l'œuvre dans son ensemble.

Sans doute, l'énorme correspondance échangée, chaque semaine, entre la direction et les adhérents, maintient l'accord nécessaire ; la présence de ces derniers aux Assemblées diverses crée un mouvement sympathique autrement puissant : les membres du Conseil puisent dans l'approbation de leurs confrères une provision d'énergie nouvelle et, pourquoi ne pas l'ajouter ? les membres du Concours quittent la séance tout réconfortés dans leurs bonnes dispositions, et se promettent de revenir l'année suivante.

Et ils y reviennent, trouvant un plaisir toujours nouveau à ces discussions où chacun, n'ayant en vue que l'amélioration de la situation professionnelle, s'efforce de contribuer au résultat cherché par un conseil pratique ou une observation judicieuse. Ce sont les habitués que nous avons, nous aussi, toujours plaisir à revoir.

Mais, à ces figures connues, d'autres, non moins amies, doivent venir se joindre : les questions se renouvellent sans cesse et jamais leur solution ne souffrira de trop de concours.

Comité permanent des œuvres de défense.

L'année qui vient de s'écouler est dominée par un grand fait, la création de cet organe d'entente permanente que nous souhaitons entre les sociétés de défense professionnelle.

Cette idée, mise en avant par le Dr Cézilly, dès longtemps déjà, et reprise à notre dernière assemblée générale, ne pouvait manquer de faire son chemin, en face des dangers imminents qui, de toutes parts, menacent le médecin ; aussi fut-elle accueillie avec enthousiasme par les membres du Congrès de médecine professionnelle.

Ce que sera ce Comité général de défense, quel sera son mode de fonctionnement, comment comprendra-t-il sa mission ? Autant de questions auxquelles il est impossible encore de répondre, mais l'important est qu'il ait pu se constituer et que l'esprit d'isolement égoïste, si souvent reproché au médecin, n'ait pas survécu au sein des diverses sociétés créées pour la défense et la protection communes.

Et cette création, nous pouvons bien le dire, a été pour le Concours médical et son fondateur, l'occasion d'une ovation méritée : justice a hautement été rendue à nos efforts de vingt années !

Loi sur les accidents.

La sauvegarde des intérêts médicaux devant la loi des accidents du travail a été l'objet des préoccupations constantes du Conseil de Direction. Sur tous les tons, il a prêché la nécessité de substituer à l'entente individuelle avec les compagnies d'assurance, l'entente commune sur un programme discuté à l'avance. La création de la Financière médicale et son traité avec la compagnie d'assurances la Participation, l'acceptation par cette dernière d'un tarif élaboré par nous, avaient constitué un sérieux effort du corps médical ; il n'y avait qu'à suivre.

Malheureusement, un certain nombre de syndicats ont cru bien faire en consentant des conditions différentes, particulières à leur région, et le défaut d'entente a rendu aux compagnies d'assurances l'aplomb qu'elles commençaient à perdre : les résultats actuellement obtenus laissent encore à désirer et la continuation de la lutte s'impose.

Quand est venue la circulaire ministérielle sur l'établissement de tarifs chirurgicaux dans chaque département pour le service de l'Assistance médicale gratuite, tarifs surtout destinés à l'application de la loi sur les accidents du travail, le Conseil de Direction a pu vigoureusement agir, et, de ce côté, les résultats obtenus paraissent importants. Dans nombre de départements, les prix ont été relevés d'une manière convenable et, dans certains mêmes, le tarif du Concours a été adopté. C'est un fait que nous enregistrons avec satisfaction.

Loi sur la pharmacie.

La Chambre des députés a voté, en première lecture, un projet de loi sur l'exercice de la pharmacie. Le Conseil de Direction avait obtenu de la commission parlementaire, une audience dans laquelle il avait renouvelé les revendications formulées dès longtemps, et confirmées depuis par toutes les Assemblées générales.

Ce premier vote, sans discussion, d'un projet que nous ne pouvons admettre, ne signifie d'ailleurs pas grand'chose puisque tous les amendements ont été réservés pour la seconde lecture.

Nous nous maintenons toujours sur le même terrain.

Loi Roussel.

Il n'a pas dépendu du Conseil de direction que le projet de révision de la loi Roussel fût déposé sur le Bureau du Sénat. Ce retard n'a pas été complètement perdu d'ailleurs, puisqu'il a permis à la commission spéciale de revoir encore une fois le texte de ce projet et de l'amender d'une façon importante.

Nous comptons toujours sur la promesse de M. le Professeur Léon Labbé, pour que la question soit introduite en temps opportun.

Encombrement médical.

La question de l'encombrement médical et des moyens d'y remédier n'a cessé de préoccuper le conseil : de très nombreuses communications ont été publiées au journal, et la commission spéciale instituée par la dernière Assemblée générale a été saisie d'une étude très complète par M. le Dr Gouffier, de Neuilly. Il lui a paru qu'elle devait faire de ce travail la base même de ses discussions, parce que, d'abord, elle y trouvait réunies les données positives de la statistique, parce qu'ensuite l'auteur avait envisagé, déjà, les moyens et l'opportunité de faire cadrer avec elles, les propositions suggérées par ses correspondants.

Le travail de M. Gouffier sera publié et les vues de la commission seront soumises à l'Assemblée générale.

Association générale.

L'Association générale, comme conséquence de sa transformation, essaie d'entrer dans une voie nouvelle en créant des institutions de prévoyance que nous avions autrefois en vain réclamées d'elle. Nous n'avons pas à revenir sur le fait accompli, bien que nos conditions soient restées les mêmes ; il nous suffit d'enregistrer ses velléités d'entente avec les œuvres existantes créées par le Concours.

Si entente ne veut pas dire absorption, s'il s'agit d'une union véritable, ce n'est pas de notre côté qu'on trouvera de la résistance.

Le dernier mot serait-il dit, d'ailleurs, en matière de transformation, si le Parlement votait le projet de loi sur les associations ? C'est une question à laquelle il serait prématuré de répondre.

Conférences de Déontologie.

Répondant à un désir maintes fois exprimé, deux membres bien connus du Concours, MM. Le Gendre et Lepage, l'un médecin, l'autre accoucheur des Hôpitaux, ont au cours de l'année fait une série de conférences sur la déontologie médicale. Le succès que leur a valu cette tentative les engagera certainement à recommencer au cours de l'année qui va s'ouvrir.

Ils comblent ainsi une lacune regrettable de l'enseignement médical.

Taxe des chevaux et voitures.

Un autre vœu maintes fois formulé et dont la réalisation n'était plus guère espérée a été repris devant le Parlement par M. le Dr Dron, député du Nord. Le succès de l'intervention de M. Dron a été enregistré avec plaisir par le Conseil de Direction : dorénavant le médecin, ne faisant plus exception parmi les patentés, ne sera plus soumis qu'à la demi-taxe pour ses chevaux et voitures, véritables instruments professionnels.

Etablissements médicaux spéciaux.

Le Conseil a continué son appui aux fondateurs de sanatoriums. Il ne saurait trop engager les membres du Concours à favoriser de leurs envois de malades, les établissements déjà fondés et dont ils trouvent la liste au journal à la suite de celle des médecins des stations hydrominérales ou hivernales.

Toutes les questions examinées au cours des réunions du Conseil de Direction ne peuvent être relatées dans ce rapport : elles concernent trop souvent des espèces particulières. En s'efforçant de les résoudre, le conseil n'en rend pas moins au corps médical de véritables services ; son action d'un côté, celle du *Sou médical* de l'autre, ont déjà fait beaucoup ; nul doute que, s'appuyant l'une sur l'autre, elles ne fassent encore davantage dans l'avenir.

C'est le souhait le plus cher du Conseil de Direction.

Rapport du comité de rédaction.

L'année 1899-1900 a été belle pour la science comme pour l'industrie. C'est l'année où les nombreux Congrès ont réuni dans notre capitale, l'élite des savants de toutes les nations et où les conversations scientifiques internationales ont le plus contribué à élucider les divergences qui s'étaient produites dans les questions de clinique et de thérapeutique, selon les diverses écoles.

La *partie scientifique* de notre cher « Concours médical » a, comme toujours, été orientée le plus possible dans le sens pratique. Nos rédacteurs se sont attachés à se placer au point de vue de la clinique, de la pratique journalière, sans négliger quelques questions de théorie et de doctrine pure, que tout médecin doit connaître pour diriger son jugement et sa thérapeutique.

Le Dr Huguenin a consacré quelques articles à l'influenza, à la fièvre typhoïde, à l'entéro-colite, à la diphthérie, à l'appendicite, au sérum artificiel, à l'anesthésie par injections cocaïnées lombaires, aux adénites géniennes, aux fibromes utérins, etc., et s'est efforcé de vulgariser les connaissances les plus récentes sur ces sujets si actuels.

Le Dr P. Lacroix nous a fait profiter largement des très intéressantes leçons cliniques qu'il a recueillies à l'hôpital, en même temps qu'il nous a indiqué, dans plusieurs articles de fond, les derniers perfectionnements de la science laryngologique et otologique, qui fait chaque jour d'immenses progrès et arrivera peut-être, en attendant la sérothérapie, à nous armer puissamment contre la tuberculose.

Le Dr *Georges* nous a consciencieusement et très habilement initiés aux principales nouveautés de la Presse médicale allemande, et a exploité une curieuse mine de connaissances que

beaucoup d'entre nous ne pouvaient soupçonner, faute de capacités linguistiques, et surtout, faute de loisirs pour les lire à la source.

Le Dr *Trousseau* a collaboré (trop rarement, à notre unanime avis) aux articles toujours si importants d'ophthalmologie : il nous a dit, en quelques mots précis et magistraux, les difficultés et, en même temps, les nécessités du traitement du glaucome et de la fatigue oculaire suivie d'insomnie. Tout le monde souhaite qu'il continue ses communications si pratiques au « Concours médical ».

Le Dr M. *Boulay* s'est efforcé de donner à tous les praticiens, même non spécialistes, les notions indispensables pour bien soigner les affections de l'oreille et du nez. Qu'on relise avec soin ses articles sur l'othématome, sur les lavages auriculaires et naso-pharyngiens, on ne pourra qu'en retirer de multiples bénéfices pour les conseils thérapeutiques journaliers.

Nous avons emprunté aussi, à de nombreux confrères en journalisme, des articles sur le traitement de la tuberculose, sur les sanatoriums, sur les avantages de certains climats, sur l'hygiène dans les chemins de fer, sur la thérapeutique pneumatique, sur le traitement de la tuberculose par le sérum et le suc de viande crue de Richet et Héricourt, ne négligeant rien de ce qui peut avoir quelqu'intérêt pour la pratique médicale, même dans le domaine de nos rivaux.

Un de nos jeunes amis, M. *Roy*, interne des hôpitaux de Paris, a mis à notre portée, au moyen d'une description précise et d'une figure extrêmement claire, les détails des appareils de marche qui peuvent rendre de signalés services dans la pratique rurale et en temps de guerre.

Enfin, nous avons tâché de synthétiser le plus possible les communications et discussions des Congrès de Paris, évitant avec soin d'en donner tous les développements, parfois pénibles à lire. La rubrique dite *Semaine médicale* nous a, comme de coutume, permis de faire connaître à nos lecteurs les nouveautés scientifiques médico-chirurgicales des sociétés, des périodiques, des thèses les plus utiles à retenir, et des observations personnelles recueillies par nos confrères de Paris et de la province. Nous prions, à ce propos, tous les praticiens qui ont, dans leurs cartons, des cas intéressants ou des histoires cliniques remarquables, de ne pas oublier le « Concours » et de nous les communiquer pour en faire au moins un résumé profitable à tous nos lecteurs, sinon pour les publier *in extenso*. Les colonnes du « Concours » sont ouvertes à tous : c'est la tribune de l'indépendance scientifique et professionnelle.

Si nos lecteurs ont gardé un fidèle souvenir de notre Assemblée générale, ils connaissent les préoccupations auxquelles a voulu donner satisfaction la *partie professionnelle* du journal.

Pendant que notre rédacteur en chef soulignait, dans ses *Propos du jour*, les incidents significatifs de la bataille que nous soutenons sans cesse, des articles très étudiés relatifs aux questions de l'Assistance médicale, du progrès inquiétant de la mutualité, de l'exercice de la pharmacie, des honoraires au chirurgien d'hôpital pour les non-indigents, des abus de l'hospitalisation, etc., paraissaient périodiquement, maintenant toujours bien nette et bien déterminée la ligne de conduite de notre active Société.

Ainsi que nous l'avions fait pressentir l'année dernière, le *Congrès de déontologie et de médecine professionnelle* devait être une revue de toutes ces études. C'est ce qui s'est produit, et nous avons tenu à vous en donner la preuve en vous soumettant des extraits et analyses des principaux travaux de ce Congrès, et en vous signalant son acte capital, la création de ce groupement des Sociétés professionnelles que nous avons si ardemment réclamée en 1899, sans avoir voulu prendre l'initiative de son baptême.

Mais, si nous n'avons rien négligé de notre programme habituel, il nous a bien fallu encore prendre sur les *Feuilletons*, *Variétés*, etc., toute cette place qu'exigeait notre grosse affaire : « *Encombrement médical, causes et remèdes.* »

Il a été, d'ailleurs, largement répondu à notre appel en cette matière. Qui n'a lu avec un très vif intérêt, les communications de MM. Duchesne, Hervé, H. Cézilly, Gassot, Boyer, Guillon, Courgey, Jeanne, Baumann, Souesme, Guionnet, de Lavarenne, Lacaille, Henriot, Thiénot, Veyrat, etc. ? Tous ont étudié le problème, et donné des idées, collaborant à l'œuvre dont le programme avait été tracé par M. Lepage. Leurs efforts n'auront pas été stériles, car il s'est trouvé, parmi nos jeunes confrères, quelqu'un qui, fournissant les dernières statistiques sur lesquelles on peut raisonner avec fruit, vient d'adresser à la commission, un travail d'ensemble d'où sortiront des résolutions que nous soumettrons à l'Assemblée générale. Que ne sommes-nous toujours ainsi aidés !

Une de nos rubriques, la *Jurisprudence médicale*, prend chaque année une extension nouvelle. Faut-il voir ce fait d'un mauvais œil ? Non, car c'est l'œuvre du *Sou médical* qui s'affirme de plus en plus, éminemment tutélaire, témoignage éclatant de ce que peut donner l'accord devant le danger. Longtemps le « Concours médical » s'est voué aux études, et a recherché les conclusions qu'il devait faire prévaloir en matière de défense : il est heureux d'enregistrer aujourd'hui les succès qu'il a préparés à la jeune société qui a pris pour programme, « l'action protectrice sur tous les terrains de la lutte professionnelle ».

Il n'a pas dépendu de nous que vous fussiez tenus bien au courant de l'état du mouvement syndical et des actes de toutes nos Sociétés. Malheureusement, s'il y a eu un réveil, de ce côté, lors de notre appel relatif à la loi des accidents, des symptômes de découragement se montrent, et nous les voyons se traduire par le silence d'un trop grand nombre de sociétaires.

Adressons, pour finir, nos remerciments, à tous les collaborateurs dont nous avons cité les noms, et aussi à ceux qui, par la confiance dont ils témoignent en nous consultant, nous fournissent les éléments de la *Petite correspondance*, toujours de plus en plus utile et de plus en plus goûtée. C'est par celle-ci que nous voudrions faire passer, pour l'édification de tous, nos dialogues avec les membres des œuvres du Concours, mais ce projet séduisant ne sera réalisable que le jour où tous seront abonnés du journal.

Les efforts de la rédaction tendront donc sans cesse vers ce but : « *Etre lus religieusement,*

attentivement, par tous les Sociétaires du concours et de ses œuvres, si bien que personne ne puisse se plaindre de n'avoir pas entendu ce qui s'adressait à tel ou tel membre de la famille. »

Le Comité de Rédaction.

Rapport financier de la Société civile du « Concours médical ».

Exercice 1899-1900

CAPITAL INALIÉNABLE.

RECETTES.

Au 1er octobre 1899, l'avoir inaliénable de notre Société se décomposait ainsi :

Portefeuille	39.707 62
Espèces	905 08
TOTAL	40.612 70

Depuis cette époque, 154 adhésions nouvelles à notre Société ont produit une somme de versée à notre caisse par M. le Dr Cézilly et représentant la 1re année d'abonnement au journal le *Concours Médical*.	1.509 20
De plus, M. le docteur Morard, de Mâcon, a fait don à notre Société d'une action de la « Financière Médicale », no 1.481	100 00
TOTAL	42.221 90

dont espèces : 2.414 fr. 28

DÉPENSES.

Sur cette somme il a été acheté :

1 obl. Ville de Paris 1898, numéro 59.642	418	1.854 00
1 obl. Ville de Paris 1892, numéro 276.048	375	
1/4 d'obl. ville de Paris 1898, no 583.785	105	
2 obl. Ville de Paris 1899, numéros 89.252 et 89.253	764	
2/4 d'obl. Ville de Paris 1899, nos 393.140 et 393.141	192	

Notre capital inaliénable au 1er octobre 1900 est donc de :

Portefeuille	41.661 62
Espèces	560 28
TOTAL	42.221 90

CAPITAL DISPONIBLE.

RECETTES.

Au 1er octobre 1899 l'avoir disponible était de	863 25
Depuis cette époque notre portefeuille a produit : intérêts	1.155 90
Dans le cours de l'année, en dons divers publiés au journal	239 00
Don du Dr Cézilly pour 1899	500 00
Droits perçus sur les remplacements	598 55
TOTAL	3.356 70

DÉPENSES.

Frais supplémentaires du banquet de 1899	946 75
Frais de réunion et déplacements	547 50
Indemnité à l'employé comptable (4 trimestres)	50 00
Payé à l'enregistrement pour droits sur les intérêts	10 00
Droits de garde, timbre et divers	23 43
Payé à la ligue antialcoolique	1 00
Impression de 50 exemplaires du texte « Revision de la loi Roussel », 110 lettres aux préfets, 200 tarifs d'honoraires, 500 cartes de membres, 1000 tarifs Jeanne	220 55
Payé pour confection et encadrement du tableau destiné à l'Exposition	99 10
Frais divers	4 35
TOTAL	1.902 68
Les recettes étant de	3.356 70
Balance en faveur de l'actif	1.454 02

Ce qui porte l'avoir total de notre Société au 1er octobre 1900 à :

Capital inaliénable	42.221 90
Capital disponible	1.454 02
TOTAL	43.675 92

Caisse de Prévoyance des assurés sur la vie.

Situation au 1er octobre 1899 :

Portefeuille	11.555 80
Espèces	339 99
TOTAL	11.895 79

RECETTES.

Le portefeuille a produit pendant l'exercice	330 04
Remboursement d'une obl. communale 1879, no 81.426 (achetée 446 fr.)	505 14
TOTAL	835 18

DÉPENSES.

Droits de garde et timbre	7 72
Achat de 1/4 d'obl. Ville de Paris 1898	315 00
Achat de 1 obl. Ville de Paris 1899, no 41.128	382 00
Achat de 3/4 d'obl. Ville de Paris 1899, nos 393.142 à 393.144 inclus	288 00
Total	992 72

Au 1er octobre 1900, l'avoir de la Caisse de Prévoyance des assurés sur la vie, se décompose comme suit :

Portefeuille	12.094 80
Espèces	182 45
Total	12.277 25

LA SEMAINE MÉDICALE

La levure de bière dans la variole.

M. le Dr *Chopard*, de Plouharnel (Morbihan), nous communique d'intéressantes remarques qu'il a faites sur l'emploi de la levûre de bière dans la furonculose consécutive à la variole.

Notre confrère a administré à un jeune malade

atteint de variole, la levûre de bière fraîche à la dose de trois fortes cuillerées à café par jour. Dix jours ont suffi pour améliorer l'état général et la convalescence a été des plus satisfaisantes. Il est vrai qu'une seule observation ne peut pas démontrer que la levûre de bière soit infaillible contre la variole Aussi, M. Chopard pense que la vérification par plusieurs confrères aurait grande utilité.

Fistules odontopathiques. Leur traitement.

Le Dr *Gires*, de Paris, a présenté au Congrès de Médecine trois observations de fistules d'origine dentaire et quelques considérations sur leur traitement.

1re Observation : — Il y a neuf ans (1891), dans une crise d'hystéro-épilepsie, la malade (29 ans) s'est brisé plusieurs dents supérieures et sans doute ébranlé les dents inférieures.

En 1897, à la fin d'une forte attaque de rhumatisme articulaire aigu, il se déclara un abcès sous-mentonnier, à la suite duquel est restée une fistule cutanée.

Depuis deux ans, plusieurs traitements chirurgicaux (curettages, mèches iodoformées, cautérisations au nitrate d'argent, injections de teinture d'iode) n'ont donné aucun résultat.

En septembre 1899, à la consultation dentaire de Lariboisière, le diagnostic suivant est fait : *Fistule cutanée produite par l'incisive centrale droite, non cariée, mais morte* (teinte grisâtre et bleutée, insensibilité, opacité).

Traitement. — Trépanation de la dent, ablation des débris pulpaires infectés, antisepsie du canal, injections d'acide phénique pur liquide à travers le trajet fistuleux. Guérison à la troisième séance.

Le cas est intéressant : 1° par la nature de l'affection ; 2° par l'étiologie de la mortification de la pulpe (traumatisme pendant une crise d'hystéro-épilepsie) ; 3° par le début de l'infection à la fin d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu ; 4° par l'inutilité des traitements chirurgicaux antérieurs ; 5° par le traitement qui a amené la guérison avec conservation de la dent.

2e Observation. — Fistule gingivale, causée par l'incisive latérale droite inférieure, non cariée, mais fissurée. Cette dent, ainsi que ses quatre voisines, ont les caractères chimiques des dents mortes. — Début de l'infection au cours d'une arthrite blennorrhagique. — Traitement : trépanation ; ablation des débris pulpaires infectés ; antisepsie du canal ; injection d'acide phénique pur liquide à travers le trajet fistulaire. Guérison à la première injection.

3e Observation. — Fistule gingivale provenant d'un kyste radiculaire causée par une seconde prémolaire obturée 23 ans avant. Début de l'infection cinq ans après l'obturation, au cours d'une grossesse. L'obturation enlevée, le canal nettoyé et antiseptisé, une injection d'acide phénique pur liquide amène la guérison à la première séance.

Ce traitement, employé empiriquement depuis longtemps, semble ignoré de la plupart des auteurs. *Il est simple, pratique, indolore* ; *il donne une guérison rapide et, pour ainsi dire, constante.*

Il est probable qu'en plus de son action antiseptique, l'acide phénique pur liquide possède une action sclérogène qui cause une ostéite productive dans la partie osseuse du trajet fistulaire et un bourgeonnement dans sa partie molle.

Son action sur l'extrémité radiculaire est plus obscure, mais il est certain que la région apicale est totalement désinfectée, puisque l'infection qu'elle entretenait, cesse.

Les colites aiguës muqueuses et dysentériformes de l'enfant.

D'après M. le Dr *Aviragnet*, de Paris, voici comment on doit comprendre le traitement des colites aiguës muqueuses et dysentériformes de l'enfant :

1° Repos au lit : diète à l'eau et au lait.

2° Calmer les douleurs abdominales par des applications de cataplasmes ou de compresses humides et chaudes.

3° S'abstenir de pratiquer de grands lavages de l'intestin qui, en produisant la distension de l'organe malade, provoquent des douleurs vives, parfois intolérables et risquent d'augmenter le processus inflammatoire.

4° Diminuer la fréquence parfois excessive des selles et le ténesme rectal. Les petits lavements laudanisés répondent à cette indication et doivent être préférés aux suppositoires calmants.

5° Combattre l'inflammation de la muqueuse du gros intestin par les purgatifs et, en particulier, par le *sulfate de soude.*

Le sulfate de soude agit d'une façon merveilleuse et constante sur les sécrétions du gros intestin ; à dose forte, il les exagère, comme tous les purgatifs ; mais à doses faibles il les diminue et fait disparaître l'hypersécrétion glaireuse et sanguinolente. (Les propriétés hémostatiques du sulfate de soude ont été bien mises en évidence par les expériences de M. Reverdin, de Genève.)

Les doses que conseille M. Aviragnet, sont les suivantes : 10 à 15 grammes le premier jour (dose légère purgative, utile quand l'état saburral des voies digestives est très prononcé) ; petites doses les jours suivants : 5 grammes, par exemple, chez un enfant de douze à quatorze ans ; 2 grammes chez un enfant de deux ans. Ces doses n'ont rien d'absolument fixe. La médication doit être continuée plus ou moins longtemps, pendant huit jours, en moyenne.

Le sulfate de soude s'administre dissous dans un verre d'eau sucrée ; la dose est prise en trois ou quatre fois.

Sous l'influence de ce médicament, on constate la disparition rapide du ténesme rectal ; la diminution de la fréquence des selles, sauf le premier jour, si on a donné une dose forte ; la disparition rapide du sang ; la diminution graduelle des glaires et bientôt l'apparition de selles bilieuses diarrhéiques ; enfin des selles moulées et de la constipation, en certains cas.

En même temps, les douleurs spontanées ou provoquées, observées au niveau du gros intestin, disparaissent et l'état s'améliore rapidement.

Dans certains cas, il convient de compléter le traitement par l'administration de bains. Le bain frais a son indication dans quelques formes hyperthermiques ; le bain tiède est donné avec avantage chez la plupart des malades ; le bain chaud est indispensable dans les cas où les symptômes réapparaissent. Enfin, on se trouvera

bien des injections de sérum artificiel, chez les malades déprimés.

En résumé, le *sulfate de soude, donné à dose faible, constitue un médicament de tout premier ordre dans les colites aiguës muqueuses ou dysentériformes.* C'est un mode de traitement qui n'est pas nouveau, mais, il n'est généralement pas mis en usage.

Saignée et transfusions salines hypodermiques dans les maladies infectieuses et toxiques.

M. le Dr *G. Raynaud*, de Marseille, publie dans les *Archives provinciales de médecine*, un très intéressant travail sur les bons effets de la saignée et des transfusions salines dans les maladies infectieuses et toxiques, qui corrobore les principes dont nous nous sommes montrés partisans dans un article publié cette année même au « Concours Médical ».

La saignée débarrasse le sang d'un grand nombre de toxines ; faite avec modération, elle donne en outre de l'ampleur et de la force au pouls ; « elle facilite le travail du cœur, rend aux capillaires périphériques leur contractilité affaiblie, en même temps qu'elle favorise les échanges gazeux grâce à la suractivité qu'elle donne à la nutrition. » Mais cette action, souvent héroïque de la saignée, n'est que passagère ; les liquides toxiques de l'organisme viennent reformer la masse du sang ; en outre, comme l'a montré Barré, la diurèse est un peu diminuée, grâce à l'abaissement de la pression vasculaire.

Par les *injections salines hypodermiques*, on relève la tension sanguine et on augmente la diurèse, on stimule les éléments anatomiques, et on exalte ainsi les moyens de défense de l'organisme.

Dans les intoxications, dans les infections, on en a retiré d'excellents résultats. Il semble que l'on doive obtenir des résultats plus rapides en associant l'injection saline à la saignée.

La saignée-transfusion peut être faite suivant la méthode de Bosc : saignée modérée (150 à 400 grammes), suivie d'une injection intra-veineuse ou sous-cutanée, massive (600 à 2500 grammes) ; ou bien on pratiquera la saignée rectifiée ou *désintoxication du sang* de Barré, qui consiste dans une saignée abondante et simultanée égale à l'injection saline.

L'auteur a généralement employé la méthode de Bosc ; « dans les cas avec adynamie et hypotension profondes, la phlébotomie et l'injection ont été faites simultanément, et à doses égales », suivant le procédé de Barré. La solution employée a été le sérum de Hayem, ou plus souvent la solution simple d'eau stérilisée à 7 p. 1000 de chlorure de sodium.

M. Raynaud donne les résultats qu'il a obtenus dans les auto-intoxications, les intoxications exogènes et les infections. Il est impossible de résumer cette étude clinique et statistique : nous ne pouvons qu'indiquer en bloc les effets qu'il a constatés ; *immédiatement*, on n'observe, avec une injection de 500 grammes au plus, aucune modification dans l'état général pendant l'opération, rarement il y a une légère réaction thermique ;

Avec une injection supérieure à 500 grammes, le pouls devient plus ample, la tension se relève un peu, si elle était diminuée ; la température s'élève jusqu'à la cinquième heure. Si la saignée est pratiquée en même temps que l'injection, les phénomènes fébriles n'existent pas. La diurèse est abondante ; l'élimination de l'urée et des chlorures est rapidement augmentée. Le taux de l'hémoglobine, abaissé d'abord, se relève ensuite. Comme effets éloignés, on constate souvent un abaissement de la courbe thermique, et une convalescence rapide.

Il est à remarquer, de plus, que l'auteur préfère à l'injection intra-veineuse, l'injection hypodermique, dont les résultats, un peu moins rapides, sont aussi complets et aussi durables.

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital Saint-Louis : M. le professeur Fournier.

Des injections mercurielles insolubles (1).

J'ai exposé avec quelques détails, dans une précédente leçon, les effets curatifs, les guérisons rapides, parfois inespérées, voire même miraculeuses pour ainsi dire, obtenues avec le calomel, en injections hypodermiques. J'ai aussi indiqué les dissidences considérables qui partagent les cliniciens, sur ce sujet, et les critiques très vives de ceux qui rejettent l'emploi de cette méthode d'une manière impérative et absolue.

Dans ces conditions, il faut maintenant rechercher si véritablement cette méthode constitue un traitement pratique, utilisable et recommandable. Prenant pour type l'injection usuelle de cinq centigrammes de calomel, il est nécessaire d'établir avec impartialité, quels en sont les ennuis et les inconvénients possibles. Pour cela, je vais me baser uniquement sur mon expérience personnelle, de l'hôpital et de la ville, qui est déjà de longue date.

Les accidents imputables aux injections de calomel peuvent se grouper en cinq catégories : la stomatite, les troubles gastro-intestinaux, l'intoxication générale, les phénomènes locaux et les douleurs.

1° *La stomatite.* — Y a-t-il danger de stomatite avec une injection hypodermique de cinq centigrammes de calomel ?

Assurément oui, ce danger existe, mais il convient de s'entendre, car il y a stomatite et stomatite. Autrefois, à l'époque de Scarenzio, les injections massives de 20, 30 centigrammes de calomel provoquaient des inflammations intenses, violentes, de la bouche ; aujourd'hui, nous n'avons jamais à craindre pareille chose, avec les doses modestes que nous employons. On peut produire une gingivite légère, tout au plus une stomatite de moyenne intensité ; les choses ne vont habituellement pas plus loin.

Quelques auteurs ont cité, il est vrai, des cas plus graves, mais c'est une rare, une très rare exception. Dans la grande majorité des circonstances, la stomatite sérieuse n'est pas à redouter, sauf deux cas cependant, qui sont : d'abord chez les malades dont la bouche est en mauvais état, mal entretenue, avec des chicots, des gencives saignantes, des dents incrustées de tartre, ensuite chez les femmes quelquefois. Quoi-

(1) Voyez *Concours médical*, nos 39 (29 septembre 1900) et 42 (24 octobre 1900).

que celles-ci aient en général la bouche mieux soignée que celle de l'homme, elles résistent toutefois moins bien au calomel, en raison, sans doute, de leur infériorité de poids, de vigueur et de vitalité. De ces faits, il résulte pour nous un double enseignement : ne pratiquons jamais d'injections mercurielles insolubles chez les sujets de la 1re catégorie, et lorsqu'il s'agira d'une femme, abaissons les doses à 4 ou 3 centigrammes. En prenant ces précautions, la stomatite n'est plus à redouter.

2° *Les troubles gastro-intestinaux.*— L'injection peut produire des coliques, de la diarrhée, qui dure 3, 4, 5 ou 6 jours ; quelquefois, mais rarement, des selles dysentériformes.

3° *Les accidents généraux.* — Ils sont beaucoup plus fréquents qu'on le croirait a priori. Ils se montrent sous deux formes :

Une première variété, constituée par un embarras gastrique simple. Le malade, après une piqûre de calomel, est pris d'anorexie, de dégoût, nausées, malaise, courbature, toute la symptomatologie, en un mot, de l'embarras gastrique.

Une seconde variété, plus fréquente, connue sous le nom de fièvre calomélique. C'est une petite fièvre, légère, une fébricule, avec 80, 100 pulsations, 38° ou 38°5 au plus, accompagnée des phénomènes ordinaires de la fièvre. Cet état est bien dû au traitement, car, chez certains sujets, il se répète à chaque injection. Une forte fièvre, atteignant 39°, est un accident rare, se montrant une fois sur cent à peine. Une petite fièvre calomélique, au contraire, est chose très commune, qui se rencontre dans 25 pour cent des cas.

Jusqu'à présent, les inconvénients dont nous venons de parler, stomatite, troubles gastro-intestinaux, phénomènes généraux, sont peu importants et ne pourraient constituer à aucun titre une contre-indication sérieuse à cette médication.

Nous arrivons maintenant aux accidents plus redoutables, et dont il faut tenir plus de compte.

4° *Phénomènes de réaction locale.* — Que va-t-il se passer, localement, après une injection de calomel dans la fesse ? Quelquefois, quoique très rarement, il ne se produit rien d'anormal. Certains malades, les tabétiques et les paralytiques généraux par exemple, jouissent souvent de ce privilège : chez eux, la piqûre mercurielle passe absolument inaperçue.

Mais, en général, il n'en est pas ainsi, et attendez-vous à voir apparaître une tuméfaction locale, commençant dès le lendemain, pour durer deux ou trois jours. L'intensité du gonflement est des plus variables, léger ou moyen, parfois considérable, avec tous les degrés intermédiaires possibles. Cette tuméfaction n'est d'ailleurs qu'un feu de paille, un grand fracas qui tombe rapidement et ne doit rien faire craindre. Signalons, en passant, la forme pseudophlegmoneuse de cette tuméfaction, très intéressante à connaître, parce qu'elle épouvante le malade, et qu'elle effraie le médecin non prévenu.

Vous pourrez voir la fesse rougir et augmenter de volume au point que l'on peut croire être en présence d'un phlegmon.

Le praticien, non au courant, appelle volontiers un chirurgien. Le bistouri alors est généralement inutile et même inopportun, car, presqu'invariablement, tout disparaît comme par enchantement sans rien produire.

Après 5 à 8 jours, la tuméfaction s'évanouit et la fesse revient à son volume primitif. Mais, tout n'est pas terminé. La palpation du siége de l'injection permet de constater, en cet endroit, la présence d une masse indurée, d'un nodule, véritable noyau dur, résistant, sensible au contact, de la grosseur moyenne d'une châtaigne. Quelquefois son volume est moindre et ne dépasse pas les dimensions d'une bille ; souvent aussi, il atteint la taille d'une noix ou même d'un œuf. Ce nodule ne constitue pas un accident grave en raison de sa tendance spontanée vers la régression ; celle-ci se fait, il est vrai, avec une certaine lenteur et demande un minimum habituel de deux mois, pouvant durer d'ailleurs beaucoup plus longtemps, 3, 4 et 6 mois.

Pour certains auteurs, ces nodules sont rares ; pour d'autres, par contre, ils sont inévitables. Si l'on en fait le dénombrement impartialement, on constate qu'ils se montrent dans les deux tiers des cas environ. Nous ne savons pas, malgré cette fréquence, pourquoi ils se forment et notre ignorance sur leur mode de production est complète. Le même médecin, opérant dans des conditions absolument identiques aura un nodule un jour et pas le lendemain. Il est des malades qui, pendant longtemps, semblent y échapper ; à un moment donné, il s'en produit chez eux sans cause apparente.

Pour terminer l'étude des accidents locaux, il nous reste à parler des abcès.

Au temps de Scarenzio, chaque injection en causait un. Aujourd'hui, fort heureusement, grâce aux perfectionnements apportés à la méthode, ils sont devenus rares. Pour ma part, sur 500 injections, j'ai vu treize fois seulement un abcès se produire, et si je totalise toutes les statistiques publiées sur ce sujet, j'arrive à la proportion de 1,6 pour cent.

C'est assurément un progrès énorme. Pouvons-nous espérer mieux encore ? Je ne le crois guère, pour les raisons suivantes : les abcès dus au calomel sont tout à fait particuliers ; ils sont aseptiques, amicrobiens, sans pus. Lorsque vous les ouvrez, il s'en échappe une masse brune liquide, une sorte de purée analogue au chocolat. Si vous y cherchez des agents microbiens, vous n'en découvrez aucun. Aussi, Balzer les a-t-il qualifiés de faux abcès, et ce sont, en effet, des foyers de nécrose liquéfiée.

Par conséquent, ils ne sont pas dus à une faute opératoire quelconque, à une asepsie défectueuse ; nous ne savons rien sur leur production et nous n'avons guère le moyen de les prévenir. Du reste, ce sont de bien singuliers abcès, se développant sans douleurs, insidieusement, siégeant non pas au niveau des nodules, mais sous la peau, comme s'ils étaient provoqués par le calomel répandu le long du trajet de l'aiguille. Une fois évacués, la poche se referme aussitôt.

En résumé, de tous les troubles locaux ci-dessus décrits, aucun ne peut constituer une bien sérieuse contre-indication à l'usage thérapeutique des injections de calomel. La tuméfaction de la fesse, les nodules, les abcès sont, en effet, ou simplement importuns, ou peu graves en raison de leur rareté.

Mais il reste à parler maintenant d'un dernier accident, notablement plus redoutable que les précédents. Il s'agit de :

5° *La douleur.* — Voilà le véritable champ de bataille entre les partisans et les détracteurs des injections de calomel. Traitement parfaitement supportable, causant des douleurs toujours légères, disent les uns ; méthode atrocement douloureuse, déclarent les autres. Ne vous étonnez pas de ces dissidences, car, en ce qui concerne la douleur consécutive de l'injection, elle est des plus irrégulières. Certains malades ne souffrent réellement pas, ou se plaignent seulement d'un peu de sensibilité locale. D'autres, au contraire, éprouvent des douleurs qui tantôt sont moyennes, parfois sont atroces. Chez un même sujet d'ailleurs, ces phénomènes sont variables d'une fois à l'autre. Par exemple, sur 4 piqûres faites à un de nos malades nous trouvons :

Première injection, pas de douleur.

Deuxième injection, douleur moyenne.

Troisième injection, douleur horrible obligeant le patient à garder 4 jours le repos au lit.

Quatrième injection, douleur légère.

Dans ces conditions, on s'explique aisément pourquoi les auteurs ont émis des opinions aussi différentes sur cette question, les uns se basant sur une série heureuse, les autres sur une série malheureuse. C'est la chance des séries, phénomène bien connu en clinique !

En pareille circonstance, le danger réside dans les convictions improvisées. Il faut, non pas s'en tenir à quelques observations seulement, mais s'appuyer sur plusieurs centaines au moins. D'après un total de 400 piqûres, M. Portallier et moi, avons noté : douleur nulle 3 % ; douleur légère, 37 % ; moyenne, 38 %, très vive, 18 % ; abominable, 3 %. Disons, en termes courants, que, sur 5 injections, 2 sont bien tolérées, deux sont moyennement douloureuses, et une plus particulièrement pénible.

Je pourrais citer d'autres statistiques analogues, concluant toutes dans le même sens et les mêmes proportions.

A quel moment se produisent les douleurs ; est-ce immédiatement, un quart d'heure par exemple, après l'injection ? Non, la douleur n'est jamais immédiate et, sauf de très rares exceptions, tout va bien pendant le 1er jour. En général, elle commence à partir de la trente-sixième heure. Habituellement cantonnée à la fesse, au point injecté lui-même, elle s'irradie cependant et descend quelquefois dans la cuisse et jusque dans la jambe. Les malades la comparent volontiers à une sensation de meurtrissure comme celle résultant d'une chute ou d'un choc,— coup de bâton, coup de pied.

Ces phénomènes douloureux ont la plupart du temps peu de durée et ils s'évanouissent spontanément au bout de quelques jours. Ils s'accompagnent de troubles fonctionnels divers, gêne pour s'asseoir, gêne dans les mouvements du membre inférieur, gêne dans la marche et même claudication, celle-ci se produisant beaucoup plus communément chez la femme que chez l'homme, à tel point que le service de Verchère à Saint-Lazare avait reçu de ce fait le nom de « Service des Eclopées » !

Parfois aussi les malades sont contraints de s'aliter 2, 3, 4 et 5 jours. A l'hôpital, où les patients, en raison de leur désœuvrement, restent volontiers couchés, cette incapacité n'est pas grave et frappe peu. Elle devient beaucoup plus sérieuse, on le conçoit, pour les malades de la ville.

Enfin, dans certains cas, la scène est complexe, ou pour mieux dire complète. Les multiples accidents, dont il vient d'être question peuvent en effet s'associer et se combiner. Il est des sujets qui, à chaque injection de calomel, sont pris à la fois de fièvre, de nodule, de douleurs, etc... Ce sont des intolérants ou plutôt (il s'agit fréquemment de femmes) des intolérantes. Vouloir insister alors serait un non-sens. S'il en est ainsi, il faut abandonner le calomel, sous peine de voir le malade quitter le médecin et cesser de se soigner.

Sans être très nombreux, ces intolérants ne sont cependant pas non plus très rares. En ville, sur un total de 65 malades, j'en ai rencontré 7 qui ont refusé de poursuivre la médication.

De tout ce qui précède, que faut-il conclure ?

Je vous ai mis sous les yeux les pièces du procès. J'ai insisté vendredi dernier, sur les énormes avantages de la méthode et j'en ai indiqué aujourd'hui les inconvénients, voire les dangers.

CONCLUSIONS.

1° Le traitement par le calomel n'est pas de nature à servir de *traitement usuel de la syphilis*. C'est une vérité acquise aujourd'hui, que, pour guérir cette affection, il faut la traiter longtemps. Or, nous ne pouvions obtenir ce résultat avec une méthode aussi éminemment antipathique au malade que l'est l'injection de calomel.

2° Le traitement par le calomel peut servir au contraire à certaines occasions, à certaines cures temporaires, au traitement d'accidents rebelles cutanés ; d'accidents graves de l'œil (iritis) et du système nerveux. C'est une méthode excellente en tant que médication passagère, provisoire, incidente.

Est-ce un traitement d'exception ?

Non, car les cas auxquels nous aurons à y recourir sont loin d'être rares.

C'est une méthode d'indications. — Nous avons énuméré, dans la précédente leçon, quelles sont ces indications. Rappelons-les à nouveau : phagédénisme, syphilis palmaire ou plantaire chroniques, glossites dépapillantes, glossites hyperplasiques et scléreuses — le calomel est la médication par excellence de la syphilis de la langue — syphilides tuberculeuses, laryngopathies.

Dans l'avenir, d'autres indications viendront sans doute s'ajouter aux précédentes ; mais il convient d'attendre que l'expérience les apprenne et les sanctionne.

Leçon recueillie par le Dr P. Lacroix.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

L'alimentation exclusive par le rectum dans l'appendicite aiguë.

Le Dr Ochsner (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 39, 1900) a obtenu de bons résultats par ce mode d'alimentation, qu'il emploie depuis 1892. Si l'on considère, en effet, la pathogénie de cette affection, on se rend compte qu'il n'est

pas de traitement interne plus rationnel que celui-ci, puisqu'il supprime toute alimentation par la bouche. Il permet d'obtenir un repos complet de l'organe, et laisse par suite, des adhérences péritonéales se former autour de l'appendice, si bien que lorsqu'arrive la suppuration, l'abcès reste collecté, et peut ensuite être ouvert sans danger par n'importe quel médecin.

Si, par contre, on permet au malade d'ingérer de petites quantités d'aliments liquides, il se développe des gaz, qui irritent les régions enflammées, traversent la valvule iléo-cœcale, et mettent en mouvement l'intestin grêle. Il est préférable, afin de diminuer les dangers, de soumettre le malade aussitôt que possible à cette alimentation par le rectum.

Si le diagnostic d'appendicite n'est pas certain, ce mode de traitement n'est en rien nuisible au malade, car il est également indiqué dans les cas de gastrite, d'entérite, de péritonite, ou d'infection des organes génitaux.

La médication opiacée, préconisée autrefois, aboutissait au même résultat, car l'opium immobilisait l'intestin, et enlevait au malade tout appétit.

Le traitement consiste à faire absorber par le rectum 150 centimètres cubes, toutes les cinq ou six heures. M. Ochsner emploie ordinairement 30 cent. cubes d'une préparation nutritive, employée en Amérique, et les dilue dans la solution saline physiologique. Matin et soir il donne un lavement avec 500 cent. cubes de solution saline physiologique. S'il apparaît quelque phénomène d'irritation après les injections, il attend 12 heures avant de donner la suivante. La médication calmante n'est que rarement indiquée.

S'il y a des vomissements, on les fait cesser par un lavage de l'estomac.

Naturellement, cette médication n'empêche pas la possibilité d'une récidive, mais elle fait cesser presque sûrement l'attaque d'appendicite. Elle transforme ainsi une situation aiguë dangereuse en une situation subaiguë, presque exempte de dangers. On peut alors opérer l'appendicite à froid.

Depuis que l'auteur emploie méthodiquement ce système, dès qu'il a le malade entre les mains, ses résultats se sont bien améliorés, de telle sorte que presque tous les cas, pris au début, guérissent, et que même des cas avancés, qui autrefois eussent inévitablement abouti à une péritonite diffuse, guérissent aussi, sauf quelques exceptions.

Remarques sur l'angine de poitrine.

Le docteur Salomon (*Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 36, 1900), à propos de cinq cas d'angine de poitrine observés dans sa clinique, fait quelques remarques intéressantes sur la pathogénie et la thérapeutique de l'affection.

La symptomatologie fut, à peu de chose près, la même dans les cinq cas. Comme phénomènes du début les malades éprouvaient pendant la marche, une sensation douloureuse au niveau de la partie supérieure du sternum ; cette sensation les forçait à s'arrêter, puis elle disparaissait rapidement, et la marche était de nouveau possible. Au bout d'un certain temps, le même phénomène se reproduisait, et disparaissait de même ; ils ne pouvaient donc se livrer à la marche que d'une façon interrompue.

Il n'y avait aucun phénomène d'asthme. Dans la suite ces phénomènes douloureux se reproduisirent à intervalles plus rapprochés, de sorte que les patients furent obligés de s'arrêter environ tous les 8 ou 10 pas. La douleur se propageait dans le bras gauche, avec sensations d'engourdissement dans les extrémités digitales gauches. Bientôt ces attaques furent occasionnées par les moindres mouvements (quand le malade se déshabillait, quand il montait dans son lit...)

Au bout de quelques mois passés ainsi, survint un véritable accès d'angine de poitrine, la douleur fut excessivement vive, angoissante, enserrant la poitrine, arrêtant la respiration, avec sensation de mort imminente. La durée d'une attaque semblable varia de 10 minutes à plusieurs heures.

Si nous rappelons brièvement l'étiologie de l'angor pectoris, nous noterons la syphilis, l'alcoolisme, les travaux astreignants du corps et de l'esprit, des causes psychiques déprimantes, et fréquemment répétées, le diabète, la goutte, les maladies infectieuses aiguës, le tabagisme, l'abus du *thé*, le saturnisme, une alimentation trop abondante liée à des exercices physiques insuffisants.

Tous ces facteurs étiologiques amènent une lésion toujours identique, qui consiste dans la sclérose des artères coronaires. Cette maladie a été bien connue grâce aux travaux de Germain Sée en 1875. Cet auteur rapporte cette affection à une altération du système vasculaire du cœur, ou mieux à l'anémie du cœur, qui lui est consécutive. Souvent, on ne trouve aucune lésion des coronaires chez des gens qui ont présenté, pendant la vie, de l'angor pectoris, ou inversement des lésions de coronarite n'entraînent pas toujours à leur suite des attaques d'angine de poitrine. Le fait s'explique, car il peut se produire dans le régime circulatoire du myocarde, des troubles équivalents à la de coronarite, par exemple, dans l'insuffisance et dans la sténose de l'aorte ; par contre, on peut dire aussi que l'apparition de ce phénomène pathologique dépend du siège et de l'intensité des lésions.

Abordons la thérapeutique de l'angor pectoris. Au moment de l'attaque, on donne de l'éther, du chloroforme, du nitrite d'amyle, de la nitroglycérine, des injections de morphine, etc.

Mais ce n'est là qu'une médication de nécessité, qu'une médication du moment : on cherche de la sorte à combattre l'accès ; on pourrait à la rigueur, par son emploi continu, diminuer le nombre des accès, mais, si l'on s'en contentait, la mort arriverait à brève échéance.

Huchard, se basant sur les travaux expérimentaux de Sée, institua, en 1883, la médication iodée. L'iode active la circulation du myocarde, et tonifie ce muscle. L'iode diminue aussi l'excitation réflexe, en agissant sur le bulbe médullaire et sur le nerf vague. Huchard pense que la médication iodée, si elle est prolongée, peut faire rétrocéder les lésions d'artério-sclérose ; pour Germain Sée, ce mode de thérapeutique améliorerait simplement le régime circulatoire du myocarde.

M. Salomon ne pense pas, comme Vierordt, que la médication iodée prolongée permette la guérison complète des angines de poitrine, du

moins de celles dues à l'artério-sclérose ; car, selon cet auteur, il est difficile que des facteurs étiologiques aussi nombreux et variés, que ceux énumérés plus haut, amènent toujours la même et unique lésion : l'artério-sclérose,

M. Salomon attire aussi l'attention sur les difficultés, dont s'entoure le diagnostic exact d'angine de poitrine, ayant pour origine l'artério-sclérose des coronaires. Les artères, qu'on peut aborder par la palpation, sont souvent normales, et l'auscultation du cœur ne donne fréquemment aucun signe positif : les bruits du cœur sont normaux, quelquefois un peu sourds ; le 2e bruit est quelquefois un peu sec ; il y a encore de temps en temps une légère hypertrophie du cœur. Mais toutes ces altérations, encore qu'elles ne sont pas constantes, ne sont nullement caractéristiques de la coronarite ! Les anamnestiques seuls peuvent quelquefois nous guider, car nous savons que l'alcoolisme et la syphilis sont des maladies sclérosantes.

L'auteur admettrait volontiers une angine de poitrine d'origine neurasthénique, qui ne se distinguerait pas de l'angine coronaire dans ses symptômes initiaux, mais qui aurait un pronostic différent ; les angineux coronaires meurent, les angineux neurasthéniques peuvent guérir.

Ces données pathogéniques sont d'ailleurs sans grande influence sur la thérapeutique de l'affection. A la médication iodée, on joindra toujours un traitement diététique et hygiénique ; car dans les deux espèces d'angines l'iode a une influence favorable sur le cœur, et diminue l'excitabilité réflexe du bulbe. Mais cette médication n'empêchera pas les malades atteints d'angine coronaire de succomber souvent à une embolie, au milieu d'une attaque violente ; tandis qu'elle permettra de poser un pronostic favorable pour l'angor pectoris neurasthénique.

Thermophore à lait.

MM. Dunbar et Dreger ont fait des recherches sur l'état des bactéries du lait, placé dans le thermophore à lait, qui est un appareil destiné, par un dispositif spécial, à maintenir le lait à la température de 57° pendant 10 heures. De ces recherches, il résulte que les bactéries du lait cru placé dans le thermophore pendant dix heures ne se développent pas, mais que pendant les trois ou quatre premières heures, la plupart des bactéries sont détruites et qu'il ne subsiste que les formes durables des bactéries. Celles-ci diminuent ensuite au point qu'il n'en reste presque plus de vivantes. Le lait, qui séjourne pendant ce temps à la température de 57°, ne subit aucune altération ; toutefois il ne faudrait pas laisser plus de dix heures le lait dans le thermophore, qui est d'un usage commode pour l'alimentation des nouveaux-nés.

Transmission de la tuberculose par le lait.

M. Rabinowitsch insiste sur le danger de la transmission de la tuberculose par le lait et les produits lactés. Cette transmission par le lait est la cause de l'infection tuberculeuse lymphatique observée à la suite de l'alimentation ; c'est également la cause de la fréquence de la tuberculose du porc. Huit sortes différentes de lait ont été examinées ; dans trois sortes qui provenaient de vaches soumises à l'épreuve de la tuberculine, jamais on n'a trouvé de bacilles tuberculeux ; sur les cinq autres sortes, trois donnèrent des bacilles tuberculeux et vivants à un examen répété. Pour la recherche des laits tuberculeux, l'épreuve par la tuberculine de vaches suspectes est d'une importance capitale. D'autres éléments ont été examinés. Le plasmon présente quelques bactéries, mais pas de bacilles tuberculeux. Dans la préparation de certains beurres artificiels, si le lait entre dans leur composition, il faut observer de grandes précautions, pour que l'aliment ne soit pas contaminé.

CORRESPONDANCE

La Tremblade, 21 octobre 1900.

La limitation des clientèles.

Monsieur le Directeur,

Pour répondre à votre appel, mais pressé par le temps, je vous adresse en toute hâte les lignes suivantes :

Je ne referai pas mon article du 28 avril dernier, car mes confrères, en majorité, semblent préférer à un traitement fixe et rémunérateur, des honoraires de plus en plus rares, sans retraite, ni sécurité du lendemain.

Cependant, aucun des remèdes proposés ne semble de nature à améliorer sérieusement notre situation. Voici ce que je propose ;

Au lieu de prolonger les études médicales, ce qui n'exclurait pas les incapables, car l'intelligence ne s'acquiert pas, et ne donnerait pas de résultat prochain contre l'encombrement médical, il vaudrait mieux, ce me semble, conserver les études et les examens actuels, mais remplacer la thèse, complètement inutile, par un examen général, mais surtout pratique et très sérieux.

Cet examen serait passé à Paris par tous les aspirants devant un jury central formé de professeurs de toutes les facultés de médecine de France, dont tous les membres à tour de rôle feraient partie de ce jury.

Ce roulement rendrait la faveur bien difficile, élèverait le niveau des études, et assurerait l'unité d'origine de tous les médecins français.

Les frais seraient supportés par les candidats qui, en cas d'insuffisance de connaissances pratiques, pourraient être indéfiniment et impitoyablement ajournés.

Ces épreuves, pour être vraiment sérieuses, devraient durer au moins huit jours, et porter sur tous les points de pratique courante en médecine et en chirurgie.

On ne devrait recevoir docteur-médecin, que celui qui prouve être capable de se tirer seul, dès le lendemain, de tous les cas importants et urgents.

D'un autre côté, nos examens sont devenus beaucoup trop scientifiques, et pas assez pratiques. A quoi sert, par exemple, de connaître exactement les origines et les terminaisons du grand sympathique pour faire sûrement une trachéotomie, ou mener à bien un accouchement difficile.

Qu'on exige ensuite des docteurs aspirants experts, aliénistes, etc., des épreuves spéciales, mais il est absurde de demander à l'homme le plus intelligent de connaître à fond à la fois toute l'anatomie, la micrographie, la physiologie, la matière médicale, la médecine, la chirurgie, la physique, la chimie, etc...

Les sciences ont fait de tels progrès qu'on a subdivisé une foule de titres autrefois uniques. Il y a à cette heure je ne sais combien de licences et de

doctorats ès sciences et ès lettres. Pour le doctorat en médecine seul, on n'a rien changé.

Maintenant, pour combattre directement l'encombrement, voici ce que je propose : La limitation à un médecin par trois mille habitants serait le remède le plus pratique et le plus efficace.

Il aurait l'avantage de ne rien coûter au budget. C'est absurde, dit-on, mais une injure n'est pas une raison. Voyez donc les notaires : Leur nombre n'est-il pas limité ? Cela nous paraît tout simple, car nous y sommes habitués. Mais il a été un temps où il ne l'était pas, et au début, on l'a probablement trouvé tout aussi ridicule.

A qui cette mesure ferait-elle tort : Pas aux anciens praticiens à coup sûr, puisqu'ils se verraient à l'abri de toute concurrence nouvelle, ce cauchemar de tous les médecins, et les positions acquises étant respectées.

Les nouveaux ne seraient pas libres d'aller s'installer partout !

Le beau malheur d'empêcher ces jeunes gens de faire une sottise, et d'aller partager la misère des anciens en l'augmentant.

Voyez donc le résultat immédiat de cette mesure : Dès le lendemain, on se compterait, s'organiserait, assurés de ne pas voir surgir d'un moment à l'autre un trouble-fête, dont l'intransigeance remet souvent tout en question.

Il y aurait encore un autre moyen :

Diviser le territoire en circonscriptions de trois mille habitants dans lesquelles un seul médecin serait reconnu et payé par l'Etat, à raison de 1 fr. par exemple par habitant, soit trois mille francs fixe. Moyennant ce fixe, le médecin se chargerait de la surveillance des nourrices, de l'inspection médicale des écoles, de l'assistance médicale, etc. Il serait nommé par le ministre, et ne pourrait être déplacé ni révoqué que par lui, pour des motifs graves et précis, sur l'avis de ses pairs (la Faculté de médecine de la région par exemple, en attendant l'ordre des médecins), l'accusé toujours entendu.

On procéderait par extinction : En attendant, tous les médecins exerçant actuellement et acceptant, seraient nommés d'emblée, et se partageraient fraternellement la besogne et les émoluments.

Pour les postes vacants, nulle intrigue, nulle faveur : Le premier inscrit aurait la place de droit.

Les médecins chargés d'une circonscription plus importante, soit par refus des confrères, soit par manque de personnel, recevraient un fixe proportionné au chiffre de la population à desservir.

Les frais seraient supportés par les communes, et en cas d'insuffisance par les départements et l'Etat.

Les conseils municipaux ne pourraient inscrire sur la liste d'assistance médicale plus du tiers des habitants.

Avec ce système, nous toucherions un fixe sérieux, tout en conservant la meilleure partie de notre clientèle ; enfin, notre liberté serait entière, personne n'étant forcé d'accepter.

Notez que cette organisation coûterait moins cher que la plupart des autres : Instruction, cultes, postes, etc.., dont le personnel n'est pas plus méritant, ni les services plus importants.

Il n'est pas question, notez-le bien, de créer de nouvelles fonctions inutiles et dispendieuses, il s'agit d'assurer un service d'une importance capitale, tout en enlevant des épaules des plus malheureux un fardeau écrasant, pour le répartir sur les plus fortunés.

Ce serait aussi assurer à tous les Français, même des contrées les plus pauvres et les plus reculées, le bienfait incontestable des secours médicaux.

Il est temps d'agir, car, *volens aut nolens*, on nous imposera d'office, et à peu près gratis, tous les services, si nous ne prenons les devants.

Tout le monde, en effet, se lamente sur la dépopulation de la France, et l'amoindrissement correspondant de son rôle dans le monde.

Or, à moins de nier tout progrès, on conviendra que l'hygiène, la surveillance des nouveau-nés, etc., sont des questions importantes pour la santé publique.

Il y a donc un véritable intérêt national à assurer sur toute la surface du territoire, les bienfaits d'un service médical compétent et dévoué.

Veuillez agréer,

GUILLOU,
docteur-médecin à la Tremblade
(Charente-Inférieure).

REPORTAGE MÉDICAL

Sanatorium d'Alger, section des assistés. — Sur l'initiative de l'Œuvre de la Tuberculose en Algérie, une section pour tuberculeux indigents est annexée au Sanatorium d'Alger : un premier service pour femmes (20 lits) a été inauguré à la réouverture, le 15 octobre dernier. Les lits sont distribués par chambres de quatre, orientées au midi, avec galeries particulières de cure.

Le prix de journée est fixé à 3 francs.

Les malades prennent l'engagement de rester en traitement pendant au moins 3 mois (sauf avis du médecin).

Le voyage à l'aller et au retour est à leur charge : (Prix, sauf rabais accordé par les Compagnies : Lyon à Alger : 49 francs ; Paris à Alger : 74 francs ; 3e classe chemin de fer et 2e classe bateau, avec nourriture).

Les demandes d'admission doivent être adressées au Docteur Verhaeren, Directeur du Sanatorium d'Alger, avec tous renseignements sur la maladie, l'état actuel, etc., et, si possible, une consultation écrite et récente du médecin traitant.

Concours de l'internat et de l'externat. — Ces deux concours viennent de s'ouvrir pour Paris : 600 jeunes gens sont inscrits, pour le premier, 400 pour le second. Ce millier de candidats ne va guère se préoccuper d'ici la fin de l'année, on peut nous en croire, d'acquérir le bagage indispensable au bon praticien. De cela, ils n'auront cure. Ils visent à mettre le pied sur le premier degré d'une échelle qui les doit conduire, en rêve du moins, au high-life professionnel, à l'enseignement, à la fortune et à la gloire, à l'Académie, au Parlement, à la Présidence de la République ! — Pauvres enfants, quelles déceptions leur prépare l'organisation de notre enseignement : car s'il y a beaucoup d'appelés, il y a peu d'élus.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4562 — M. le Docteur RÉSIBOIS, de Béthisy-Saint-Pierre (Oise), présenté par M. le docteur Debacq, de Verberie.

N° 4563. — M. le docteur MARIAGE, de Valenciennes (Nord), membre de l'Association des médecins du Nord et du Syndicat de Valenciennes.

N° 4564. — M. le Docteur SONDAZ, d'Albertville (Savoie), membre de l'Association des médecins de la Savoie et présenté par M. le docteur Armand, d'Albertville.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs les décès de MM. les Docteurs FAISNEL, de Broons (Côtes-du-Nord), et RALLIÈRE, d'Augerolles (Puy-de-Dôme), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 45 10 NOVEMBRE 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

APPEL A TOUS NOS CONFRÈRES

La Commission nommée à l'Assemblée générale du *Concours Médical* de 1899, pour étudier les causes et les effets de l'encombrement de notre profession, et rechercher les moyens de le combattre, s'est réunie le 24 octobre dernier au Bureau du Concours.

Après avoir pris connaissance des études adressées sur la question, elle a proposé de décerner le prix de 500 fr. à celle de M. le Dr Gouffier (de Neuilly), qui répond, de tous points, au programme tracé par la Commission, et servira de base à ses délibérations.

Mais elle juge indispensable : 1° de porter à la connaissance de chaque médecin ce travail hors pair, et 2° de réclamer de tous les intéressés l'exposé des réflexions qu'il leur aura suggérées. Elle désire en effet s'inspirer, dans toute la mesure possible, des résultats de ce referendum, et *prie chaque confrère d'envoyer son avis au Concours médical, 23, rue de Dunkerque, avant le 1er janvier 1901.*

LA COMMISSION.

L'ENCOMBREMENT DE LA PROFESSION MÉDICALE

CAUSES — RÉSULTATS — REMÈDES

Par M. le Dr **Gouffier**.

CHAPITRE Ier.

Renseignements statistiques sur l'encombrement médical.

Nous commençons cette étude de la crise actuelle de la profession médicale en citant quelques chiffres. Sans doute leur aspect est rébarbatif et leur lecture peu distrayante ; ils auront cependant l'avantage d'apporter des renseignements précis aux médecins que l'état de notre profession intéresse et qui se préoccupent de son avenir. On a pu médire de la statistique, elle n'en reste pas moins un terrain ferme pour fonder un raisonnement et appuyer des conclusions.

Les chiffres que nous rapportons sont officiels. Nous les avons alignés tels qu'ils figurent dans les archives des ministères de l'Instruction publique et de l'Intérieur. Ils constituent des documents sérieux qui nous paraissent indiscutables. Ceux de nos confrères que leur lecture n'effraiera pas verront ensuite s'ils doivent se rallier aux conclusions que la statistique nous a inspirées. Quoi qu'il en soit, ce travail aura le mérite de fournir une base solide aux discussions futures ; cela nous suffira pour justifier son utilité.

Voici les statistiques que nous avons pu trouver ou établir :

1° Statistique, par départements, de la population, des docteurs en médecine et des officiers de santé exerçant en France pendant les années 1866, 1876, 1881, 1886, 1891, 1896, 1898, 1900.

La statistique de 1866 a été dressée par le ministère de l'Instruction publique ; toutes les autres sauf, celle de 1900, viennent du ministère de l'Intérieur. Par désir d'actualité, nous avons établi celle de 1900 d'après le guide Rosenwald.

2° Tableau donnant, par département, le nombre de médecins (docteurs et officiers de santé) pour 10,000 habitants, pendant les mêmes années 1866, 1876, etc.

3° Tableau donnant la population *médicale* actuelle des villes de France qui ont au moins 50,000 habitants.

4° Relevé du nombre des communes où exercent des médecins seuls, des médecins et des officiers de santé, des officiers de santé seuls, pendant les années 1876, 1881, 1891, 1896, 1898.

5° Diagramme résumant les statistiques précédentes en montrant le mouvement de la population *médicale* de France depuis 1866.

6° Diagramme traduisant le mouvement de la population *totale* en France depuis la même époque.

TABLEAU N° 1.

Statistique, de la population, des docteurs en médecine, des officiers de santé en France pendant les années 1866, 1876, 1881, 1886, 1891, 1896, 1898 et 1900 (1).

(*Algérie et colonies non-comprises*).

DÉPARTEMENTS	1866			1876			1881			1886			1891			1896			1898			1900		
	Population.	Docteurs.	Officiers de santé.	Population.	Docteurs.	Officiers de santé.	Population.	Docteurs.	Officiers de santé.	Population.	Docteurs.	Officiers de santé.	Population.	Docteurs.	Officiers de santé.	Population.	Docteurs.	Officiers de santé.	Population.	Docteurs.	Officiers de santé.	Population.	Docteurs.	Officiers de santé.
Ain	369.767	88	26	365.462	98	16	363.472	101	12	364.408	100	8	356.008	90	8	351.569	96	7	351.569	101	7	363.000	98	6
Aisne	564.597	102	125	560.427	108	77	556.891	118	68	555.925	120	58	545.435	130	50	541.613	141	35	541.613	161	37	556.000	167	29
Allier	356.432	93	21	405.783	107	15	416.759	97	10	424.582	109	8	424.203	118	6	424.378	129	5	424.378	141	3	425.000	186	4
Basses-Alpes	146.368	46	33	136.166	46	21	131.918	43	16	129.494	43	17	122.696	41	11	118.142	36	9	118.142	36	7	118.000	38	5
Hautes-Alpes	125.100	20	14	119.094	16	8	121.787	17	7	122.924	15	7	114.627	18	6	113.259	18	3	113.229	20	3	113.229	20	4
Alpes-Maritimes	194.578	114	40	203.604	147	19	226.621	149	22	238.057	167	32	275.634	181	40	265.155	203	31	265.155	232	29	265.150	250	25
Ardèche	388.529	60	12	384.378	60	8	276.867	59	8	375.472	61	8	368.985	53	4	363.501	57	4	363.501	60	4	376.000	63	5
Ardennes	329.111	71	41	326.782	78	26	333.675	79	25	332.759	87	14	324.363	81	12	318.865	90	9	318.865	97	8	334.000	101	9
Ariège	251.850	64	42	244.795	63	22	240.601	59	21	237.619	54	20	227.491	57	15	219.641	54	11	219.641	61	9	219.641	66	10
Aube	262.785	78	79	255.217	59	23	255.326	71	19	257.374	73	15	255.684	84	6	251.435	94	3	251.435	104	3	257.000	91	3
Aude	283.606	128	35	300.065	113	20	327.942	118	15	332.080	125	13	315.877	131	12	310.513	151	1	310.513	149	8	332.000	147	8
Aveyron	396.025	154	15	413.826	134	9	419.075	138	9	415.826	115	6	397.746	106	10	389.464	117	6	389.464	118	3	415.000	119	4
Bouch.-du-Rhône	507.112	255	196	556.379	248	112	589.028	273	101	604.857	258	93	633.398	282	101	673.820	310	66	673.820	330	65	605.000	386	53
Calvados	480.992	148	95	450.220	113	47	439.830	114	42	437.267	114	40	430.854	117	30	417.176	118	28	417.176	123	26	440.000	126	25
Cantal	240.533	87	10	231.086	87	11	236.190	81	12	241.742	66	10	229.722	65	13	234.382	58	9	234.382	60	5	242.000	61	5
Charente	379.081	118	46	373.950	119	26	370.822	115	15	366.408	118	7	361.837	110	6	356.236	102	2	356.236	109	2	370.000	108	3
Charente-Inférre	481.060	156	62	465.628	178	17	466.416	197	17	462.803	184	17	455.211	175	12	453.455	176	10	453.455	183	9	465.000	187	9
Cher	323.393	81	9	345.613	65	5	351.405	75	5	355.349	69	5	358.570	74	2	347.725	77	1	347.725	90	2	355.000	87	1
Corrèze	310.118	111	17	311.525	89	14	317.066	87	13	326.494	86	10	319.383	91	7	322.393	79	8	322.393	74	8	322.393	76	8
Corse	252.889	29	195	262.701	49	154	272.639	41	150	278.501	53	129	281.224	50	141	290.168	49	62	290.168	59	64	279.000	58	68
Côte-d'Or	384.140	154	57	377.663	155	33	382.819	159	28	381.574	132	21	376.569	144	13	368.168	153	12	368.168	156	9	383.000	158	9
Côtes-du-Nord	628.676	71	74	630.957	79	52	627.585	82	44	628.256	75	34	606.338	74	26	616.074	92	19	617.074	100	16	618.652	95	14
Creuse	270.055	87	20	278.423	76	14	278.782	70	15	284.042	69	13	260.254	65	11	279.366	64	7	279.366	72	8	279.366	74	8
Dordogne	501.687	182	70	489.848	182	33	495.037	149	39	492.205	164	23	480.323	167	15	464.822	164	9	464.822	155	10	495.000	155	10
Doubs	296.280	75	49	306.094	74	31	310.827	78	31	310.963	87	18	302.004	84	17	302.046	87	10	302.046	89	9	311.000	97	9
Drôme	326.684	78	26	321.756	74	16	313.763	74	16	314.615	82	13	304.589	81	12	303.491	78	11	303.491	92	11	303.497	91	7
Eure	398.661	85	63	373.629	89	39	364.291	90	27	358.829	88	23	349.080	94	22	340.652	109	12	340.652	110	9	364.000	112	11
Eure-et-Loir	290.455	66	33	283.075	61	27	280.097	75	20	283.719	70	17	283.877	73	10	280.469	82	6	280.469	90	4	284.000	95	5
Finistère	627.304	83	21	666.106	101	16	681.564	104	18	707.820	90	13	719.745	96	10	739.648	105	10	739.648	118	10	739.648	122	9
Gard	422.107	169	76	423.804	150	34	415.629	140	25	417.099	153	14	417.663	150	6	416.036	145	5	416.036	149	4	416.036	150	4
Haute-Garonne	484.081	202	147	477.730	220	101	478.009	210	100	481.169	196	69	464.402	187	62	459.377	246	42	459.377	281	40	481.000	284	42
Gers	298.931	127	186	283.546	117	132	281.532	124	107	274.391	123	87	259.841	124	80	250.472	118	48	250.472	115	48	250.472	115	41
Gironde	667.193	296	171	735.242	310	132	748.703	359	76	775.845	373	91	790.522	395	69	809.902	436	46	809.902	445	42	776.000	460	38
Hérault	409.391	254	80	445.053	262	51	441.527	273	40	439.044	255	37	461.545	248	28	469.684	274	16	469.684	286	13	442.000	300	14
Ille-et-Vilaine	584.930	79	118	602.712	89	89	615.480	93	89	621.384	105	83	624.829	102	80	622.039	149	34	622.039	159	50	622.000	171	53
Indre	270.054	79	25	281.248	83	20	287.705	75	15	296.147	62	9	290.042	73	10	289.206	75	7	289.206	81	3	297.000	82	2
Indre-et-Loire	323.572	97	62	324.875	96	45	329.160	103	32	340.921	106	22	337.298	105	25	337.064	121	19	337.064	133	18	340.000	138	19
Isère	577.748	130	33	581.099	136	23	580.271	141	22	581.680	131	16	569.821	134	23	568.933	150	18	568.933	163	19	580.000	173	18
Jura	298.053	85	41	288.823	73	24	285.263	77	15	281.292	74	11	268.777	69	4	266.143	65	3	*	74	3	266.143	76	3
Landes	300.839	96	115	303.508	109	77	301.143	116	62	302.266	109	57	297.842	111	49	292.884	113	26		111	25	302.000	118	17
Loir-et-Cher	269.029	72	21	272.634	68	15	275.713	68	11	279.214	66	11	279.666	73	10	278.153	79	7		86	6	280.000	93	4
Loire	517.603	104	12	590.613	104	5	599.836	104	5	603.384	109	10	615.729	108	6	625.336	122	2		130	2	603.000	146	2

Loire (Haute)	305.521	47	22	313.721	41	4	318.461	49	3	320.063	48	4	314.457	41	5	316.699	48	4	* La statistique du ministère porte les mêmes populations qu'en 1896.	50	4	316.699	51	4
Loire-Inférieure	580.207	160	57	612.972	165	59	625.625	164	41	643.884	176	50	644.047	189	47	646.172	207	34		231	33	644.000	233	33
Loiret	352.757	92	50	360.903	114	32	368.526	110	22	374.875	117	14	377.233	130	7	371.019	139	9		145	7	377.233	152	6
Lot	295.542	104	36	276.512	94	11	280.269	86	12	271.514	85	10	252.765	78	6	240.403	78	8		83	8	240.403	84	8
Lot-et-Garonne	332.065	146	58	316.920	167	31	312.080	144	23	307.437	139	25	293.016	121	19	286 317	119	14		121	13	312.000	124	11
Lozère	137.367	41	6	138.319	32	2	143.565	33	»	141.264	30	1	132.620	24	1	132.151	27	2		29	2	135.500	33	2
Maine-et-Loire	526.012	143	74	517.258	142	58	523.491	157	42	527.680	157	44	517.959	142	35	514.870	170	22		179	22	523.000	187	21
Manche	591.421	159	38	539.910	135	21	526.377	156	22	520.865	135	20	511.316	125	12	500.052	120	7		135	8	526.000	130	10
Marne	385.498	104	103	407.780	124	102	421.800	107	61	429.494	116	57	437.214	126	51	439.577	151	26		157	23	430.000	162	25
Marne (Haute)	258.501	98	31	252.448	97	13	254.876	99	10	247.781	85	9	243.571	86	6	232.057	84	2		88	2	243.533	91	2
Mayenne	375.163	67	34	351.933	63	19	344.881	71	15	340.063	66	14	332.662	66	13	321.187	67	8		74	6	345.000	76	9
Meurt.-et-Mosel.	» »	»	»	404.609	148	13	419.317	50	17	431.693	157	12	445.063	147	11	466.417	149	4		165	3	432.000	169	5
Meuse	305.540	79	29	294.054	80	17	289.861	90	12	291.971	86	9	291.291	88	6	290.384	90	2		97	2	292.000	85	2
Morbihan	486.504	46	23	506.573	51	18	521.614	49	13	535.256	55	16	542.255	58	14	552.028	72	6		79	5	535.000	85	5
Nièvre	332.814	88	15	346.822	97	10	347.576	60	8	347.645	87	3	341.075	87	6	333.899	100	4		113	4	348.000	110	3
Nord	1.303.380	203	261	1.519.585	228	228	1.603.259	323	264	1.670.184	301	219	1.735.540	353	201	1.811.868	499	118		569	109	1.670.000	586	88
Oise	401.417	89	83	401.618	98	58	404.555	108	51	403.146	108	43	401.607	106	40	404.511	116	27		133	25	405.000	136	22
Orne	423.550	98	45	329.526	91	35	376.126	103	21	367.248	94	16	367.213	87	17	339.162	92	8		99	8	376.000	102	7
Pas-de-Calais	724.338	97	226	793.140	108	185	819.022	119	175	853.526	122	161	871.786	141	147	906.249	171	114		200	103	906.249	196	93
Puy-de-Dôme	576.409	133	43	570.207	157	38	566.064	157	38	570.964	150	34	551.669	143	29	555.078	149	23		167	21	570.000	217	23
Pyrénées (Basses)	436.628	130	80	431.525	136	54	434.366	137	48	432.999	135	39	423.062	131	38	423.572	152	18		162	14	433.000	189	17
Pyrénées (Haute)	240.179	74	122	238.037	53	70	236.474	77	69	234.825	84	58	223.808	81	46	218.913	84	35		92	36	235.000	109	37
Pyrén.-Oriental.	181.763	60	104	197.940	50	57	208.855	72	64	211.187	74	43	208.269	68	32	208.387	74	26		72	23	211.000	81	25
Rhin (Haut)	» »	»	»	68.600	15	1	74.244	20	1	79.758	19	1	83.344	19	2	88.047	23	1		25	1	83.670	24	1
Rhône	662.493	262	49	705.131	67	8	741.470	138	6	772.912	295	20	796.848	319	13	839.329	345	8		379	9	773.000	435	6
Saône (Haute)	317.183	81	53	304.052	82	31	295.905	81	23	290.954	81	18	280.344	78	16	272.891	80	12		85	10	296.000	91	10
Saône-et-Loire	582.137	156	30	614.309	143	15	625.589	163	13	625.885	151	14	615.855	148	7	621.237	152	4		159	2	619.237	163	3
Sarthe	466.155	99	32	446.239	95	27	438.917	94	27	436.111	106	18	431.124	103	18	425.077	116	5		125	5	438.000	128	5
Savoie	275.039	70	3	268.361	71	2	266.438	76	2	267.428	74	2	261.550	71	3	259.790	48	2		65	3	267.000	75	2
Savoie (Haute)	267.496	76	»	273.801	67	5	274.087	50	6	275.078	53	5	265.070	47	6	265.872	45	2		49	3	275.000	54	2
Seine	1.953.660	1751	368	2.410.849	1424*	162	2.799.329	1979	183	2.961.089	2188	182	3.113.674	2419	208	3.340.514	2655	71	3.340.514	2859	66	3.189.132	3330	68
Seine-Inférieure	789.988	170	126	798.414	123	81	814.068	193	73	833.386	194	61	761.710	304	58	837.824	252	45	»	267	40	840.000	274	41
Seine-et-Marne	352.633	103	51	347.323	114	29	348.991	124	17	355.136	122	14	358.180	123	15	359.044	136	8	359.044	147	7	355.000	150	7
Seine-et-Oise	513.073	196	65	561.990	202	42	577.798	229	36	618.089	244	24	628.783	242	24	669.098	254	8	669.098	302	5	618.000	318	6
Sèvres (Deux)	328.817	104	19	336.655	102	15	350.103	110	11	353.766	99	10	352.790	104	11	346.694	95	11	346.694	101	10	353.000	101	10
Somme	572.646	89	216	556.641	79	173	550.837	77	161	548.982	78	148	545.325	83	141	543.279	108	115	543.279	124	106	556.000	131	112
Tarn	353.633	153	21	359.232	147	13	359.223	134	11	358.757	131	10	341.580	133	10	339.827	125	8	339.827	129	7	339.369	130	8
Tarn-et-Garonne	232.551	112	35	221.364	103	20	217.056	93	11	214.046	85	7	205.760	78	9	200.390	73	6	200.390	73	3	217.800	77	4
Var	315.526	134	66	295.763	127	44	288.577	117	28	283.689	105	32	276.901	113	28	309.191	128	17	309.191	135	16	289.000	136	15
Vaucluse	268.255	108	66	255.703	94	46	244.149	87	35	241.787	77	33	233.910	73	22	236.313	88	15	236.313	95	16	236.313	92	16
Vendée	395.695	105	48	411.781	103	36	421.642	103	33	434.808	106	26	440.909	111	30	441.735	117	20	441.735	129	19	435.000	131	17
Vienne	322.028	112	37	330.916	87	19	340.295	105	22	342.785	101	24	342.675	90	25	338.114	93	14	338.114	95	13	343.000	97	18
Vienne (Haute-)	310.595	114	37	336.061	100	24	349.332	114	18	363.182	105	12	366.524	93	10	375.724	101	15	375.724	106	15	373.080	108	14
Vosges	415.485	196	18	407.082	99	11	406.862	105	8	413.707	112	5	409.270	102	3	421.412	104	2	421.412	115	2	414.000	127	2
Yonne	370.305	131	75	359.070	113	29	357.029	134	29	355.364	128	18	342.878	125	14	332.656	134	10	332.656	136	11	332.656	138	9
TOTAUX	35.408.847	11.254	5.568	36.905.788	10.743	3.633	37.672.048	11.643	3.203	38.218.903	11.995	2.794	38.074.206	12.407	2.512	38.517.975	13.412	1.605	38.517.975	14.443	1.501	38.442.601	15.415	1.430
	1 médecin pour 2.104 habitants.			1 médecin pour 2.567 habitants.			1 médecin pour 2.537 habitants.			1 médecin pour 2.591 habitants.			1 médecin pour 2.552 habitants.			1 médecin pour 2.564 habitants.			1 médecin pour 2.415 habitants.			1 médecin pour 2.282 habitants.		

(1) Pour certains départements riches en stations climatériques, hydrominérales, etc., tels que l'Allier, les Alpes-Maritimes, le Puy-de-Dôme, etc., les statistiques ne sauraient donner une idée juste de la proportion médicale.

TABLEAU N° 2

Proportion des médecins (docteurs et officiers de santé) pour 10.000 habitants.

DÉPARTEMENTS	1866	1876	1881	1886	1891	1900
Ain	2,3	3,0	3,0	2,9	2,7	2,8
Aisne	4,0	3,2	3,3	3,1	3,2	3,5
Allier	3,19	2,9	2,7	2,6	2,9	4,44
Basses-Alpes	5,39	4,7	4,4	4,6	4,1	3,64
Hautes-Alpes	2,78	1,9	1,8	1,7	2,0	2,1
Alpes-Maritimes	7,9	8,1	7,4	8,3	7,9	10
Ardèche	1,8	1,7	1,7	1,8	1,5	1,8
Ardennes	3,4	3,2	3,0	2,9	2,7	3,2
Ariège	4,2	3,4	3,2	3,0	3,1	3,4
Aube	5,9	3,2	3,4	3,1	3,4	3,6
Aude	5,7	4,3	4,0	3,9	4,4	4,6
Aveyron	4,2	3,4	3,5	2,8	2,8	2,9
Bouches-du-Rhône	8,8	6,4	6,3	5,7	5,9	7,2
Calvados	5,0	3,5	3,5	3,5	3,3	3,4
Cantal	4,0	4,2	3,9	3,1	3,3	2,7
Charente	4,3	3,9	3,5	3,3	3,1	3,0
Charente-Inférre	4,5	4,1	4,5	4,2	4,0	4,2
Cher	2,8	1,8	2,2	2,0	2,0	2,4
Corrèze	3,5	3,2	3,1	2,9	3,5	2,6
Corse	8,8	7,6	7,0	6,5	5,6	4,5
Côte-d'Or	5,4	4,9	4,8	3,9	4,1	4,3
Côtes-du-Nord						
Creuse	3,9	2,9	3,0	2,8	2,8	2,9
Dordogne	5,0	4,3	3,7	3,7	3,7	3,3
Doubs	4,2	3,4	4,5	3,3	3,2	3,4
Drôme	3,1	2,8	2,8	3,0	2,9	3,2
Eure	3,7	3,3	3,1	3,0	3,2	3,3
Eure-et-Loir	3,4	3,0	3,3	3,0	2,8	3,5
Finistère	1,6	1,7	1,7	1,3	1,4	1,7
Gard	5,8	4,3	3,9	3,9	3,6	3,7
Haute-Garonne	7,2	6,7	6,3	5,4	5,3	6,7
Gers	10,4	8,7	8,2	7,5	7,7	6,2
Gironde	6,9	5,9	5,8	5,9	5,7	6,4
Hérault	8,1	6,9	7,0	6,6	5,9	7,1
Ille-et-Vilaine	3,3	2,8	2,9	2,9	2,8	3,6
Indre	3,8	3,6	3,1	3,3	2,8	2,8
Indre-et-Loire	4,9	4,2	4,0	3,7	3,8	4,6
Isère	2,8	2,7	2,7	2,4	2,7	3,2
Jura	4,2	3,3	3,2	3,0	2,6	2,9
Landes	7,0	5,1	5,8	5,6	5,3	4,4
Loir-et-Cher	3,4	2,8	2,8	2,7	2,9	3,4
Loire	2,2	1,78	1,78	1,9	1,79	2,4
Haute-Loire	2,2	1,4	1,59	1,5	1,4	1,7
Loire-Inférieure	3,7	4,4	3,2	3,4	3,6	4,1
Loiret	4,0	3,9	3,6	3,4	3,5	4,1
Lot	4,7	3,7	3,4	3,4	3,2	3,8
Lot-et-Garonne	6,1	6,1	5,3	5,3	4,7	4,3
Lozère	3,4	2,4	2,3	2,17	1,87	2,5
Maine-et-Loire	4,1	3,8	3,8	3,7	3,3	3,9
Manche	3,7	2,8	3,3	2,8	2,6	2,6
Marne	5,1	5,7	3,9	4,0	3,9	4,3
Haute-Marne	4,9	4,3	4,3	3.6	3,7	3,8
Mayenne	2,6	2,3	2,4	2,1	2,2	2,4
Meurthe-et-Mosel.	»	3,9	4,0	3,8	3,5	4,0
Meuse	3,5	3,2	3,5	3,2	3,2	2,9
Morbihan	1,4	1.3	1,1	1,3	1,2	1,6
Nièvre	3,0	3,0	2,5	2,58	2,6	3,2
Nord	3,5	2,9	3,6	3,1	3,1	4,0
Oise	4,2	3,8	3,8	3,6	3,5	3,9
Orne	3,3	3,1	3,2	2,9	2,7	2,8
Pas-de-Calais	4,4	3,6	3,5	3,2	3,2	3,1
Puy-de-Dôme	3,0	3,3	3,3	3,2	3,0	4,2
Basses-Pyrénées	4,8	4,3	4,2	4,0	3,9	4,7
Hautes-Pyrénées	8,1	6,7	6,1	5,9	5,6	6,2
Pyrénées-Orient.	9,0	5,4	6,4	5,5	4,7	5,0
Haut-Rhin	»	2,3	2,7	2,5	2,4	2,9
Rhône	4,6	1,0	1,87	4,0	4,1	5,7
Haute-Saône	4,2	3,7	3,4	3,3	3,2	3,4
Saône-et-Loire	3,19	2,5	2,8	2,6	2,5	2,6
Sarthe	2,8	2,7	2,7	2,8	2,7	3,0
Savoie	2,6	2,67	2,87	2,77	2,8	2,8
Haute-Savoie	2,8	2,5	2,0	2,0	1,9	2,0
Seine	10,8	6,5	7,6	7,9	8,3	10,6
Seine-Inférieure	3,7	2,5	3,1	3,0	4,6	3,7
Seine-et-Marne	4,3	4,0	3,9	3,8	3,8	4,4

TABLEAU N° 2 (*suite*).

DÉPARTEMENTS	1866	1876	1881	1886	1891	1900
Seine-et-Oise	5,0	4,2	4,5	4,2	4,1	5,2
Deux-Sèvres	3,7	3,4	3,4	3,0	3,2	3,1
Somme	5,3	4,5	4,3	4,1	4,0	4,3
Tarn	4,9	4,3	4,0	3,8	4,0	4,0
Tarn-et-Garonne	6,3	5,5	4,7	4,2	4,1	3,7
Var	6,3	5,8	4,9	4,8	5,0	5,2
Vaucluse	6,5	5,4	4,9	4,4	4,0	4,5
Vendée	3,8	3,3	3,1	3,0	3,1	3,4
Vienne	4,6	3,1	3,6	3,6	3,3	3,3
Haute-Vienne	4,8	3,6	3,5	3,1	2,7	3,2
Vosges	5,1	2,6	2,6	4,8	2,47	3,1
Yonne	5,5	3,9	4,5	2,1	4,0	4,4

TABLEAU N° 3

Population médicale actuelle des villes ayant au moins 50.000 habitants

VILLES	Population	Nombre des médecins	Proportion des médecins
Lyon	438.000	337	1 pour 1.299 habit.
Marseille	405.000	439	1 » 922 »
Bordeaux	241.000	226	1 » 1.066 »
Lille	216.276	161	1 » 1.343 »
Toulouse	148.000	165	1 » 897 »
St-Etienne	133.000	48	1 » 2.770 »
Nantes	127.000	124	1 » 1.024 »
Le Havre	119.470	51	1 » 2.342 »
Reims	115.000	59	1 » 1.915 »
Rouen	112.000	80	1 » 1.400 »
Toulon	95.000	37	1 » 2.567 »
Nice	93.760	144	1 » 651 »
Nancy	85.863	73	1 » 1.176 »
Amiens	85.000	46	1 » 1.847 »
Nîmes	74.600	42	1 » 1.776 »
Limoges	72.000	39	1 » 1.846 »
Angers	73.000	47	1 » 1.553 »
Brest	71.000	29	1 » 2.103 »
Montpellier	70.000	98	1 » 714 »
Rennes	70.000	52	1 » 1.346 »
Dijon	65.000	48	1 » 1.354 »
Orléans	63.705	43	1 » 1.481 »
Tours	60.600	48	1 » 1.250 »
Le Mans	58.000	30	1 » 1.933 »
Besançon	57.000	44	1 » 1.295 »
Grenoble	52.000	45	1 » 1.155 »
Clermont-Fer.	50.000	36	1 » 1.388 »
Versailles	50.000	29	1 » 1.727 »
Paris	2.485.132	3.047	1 » 805 »

TABLEAU N° 4

Répartition des médecins dans les communes

ANNÉES	Nombre total des communes	Nombre de communes où exercent des docteurs seuls	Nombre de communes où exercent des officiers de santé seuls	Nombre de communes où exercent à la fois des docteurs et des officiers de santé	Nombre de communes où n'exercent ni docteurs, ni officiers de santé
1876	36.056	3.484	2.111	764	29.697
1881	36.097	3.645	1.914	743	29.795
1886	36.121	3.536	1.457	755	30.373
1891	36.144	3.610	1.311	667	30.556
1896	36.170		5.410		30.760
1898	36.098		5.426		30.672

TABLEAU N° 5

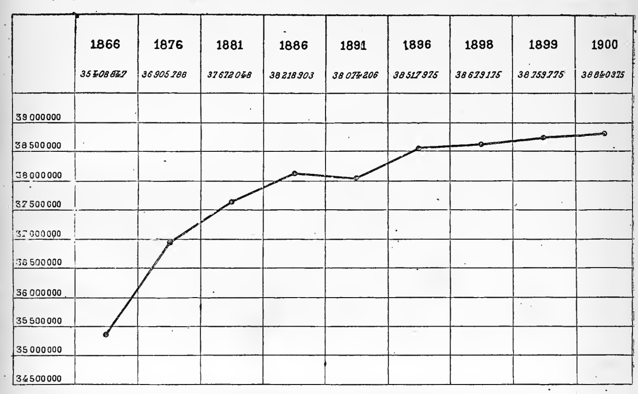
Courbe représentant les variations du nombre des médecins en France de 1866 à 1900 (*)

	1866	1876	1881	1886	1891	1896	1898	1899	1900
1 pour 2000									
d° 2025									
d° 2050									
d° 2075									
d° 2100									
d° 2125									
d° 2150									
d° 2175									
d° 2200									
d° 2225									
d° 2250									
d° 2275									
d° 2300									
d° 2325									
d° 2350									
d° 2375									
d° 2400									
d° 2425									
d° 2450									
d° 2475									
d° 2500									
d° 2525									
d° 2550									
d° 2575									
d° 2600									
d° 2625									
d° 2650									
d° 2675									
d° 2700									
d° 2725									
d° 2750									
d° 2775									

(*) Rappelons que la statistique pour l'année 1900, a été établie d'après le *Guide Rosenwald* ; elle ne présente donc pas la même certitude que ses voisines qui sont officielles. Il ne faut admettre la diminution du nombre des médecins qu'elle indique que sous toutes réserves.

TABLEAU N° 6.

Graphique de la marche de la population en France de 1866 à 1900 (Algérie et colonies non comprises).



Note. — Il n'y a pas eu de recensement depuis 1896. Les chiffres de la population de 1898-1900 sont donc approximatifs; pour les obtenir j'ai ajouté à la population de 1896, 80,600 par an, ce nombre représente l'accroissement annuel moyen de la population dans le cours des 20 dernières années (entre 1876 et 1896).

Que faut-il conclure de tous ces chiffres ?

A. — Il y a quelques mois le Dr de Lavarenne écrivait dans une « Etude statistique à propos de l'encombrement médical » les lignes suivantes : « Il existe un certain nombre de clichés que l'on réédite couramment sans songer même à rechercher s'ils reflètent bien la vérité, tel l'encombrement médical (1) ».

Au moment où le *Concours médical* mettait à l'étude les causes, les inconvénients et les remèdes dudit encombrement, l'affirmation de notre confrère ne manquait pas d'une certaine ironie. A sa lecture, nombre de collègues durent partager mon légitime étonnement. Comment, cet encombrement sur lequel tous nos journaux se lamentent, cette pléthore professionnelle dont tout le monde gémit, cette gêne médicale dont le *Concours* nous apporte l'hebdomadaire écho, tout cela n'était que vains mots, que clichés erronés, que bluff mensonger et factice ? Que croire et à qui se fier désormais ? Pourtant les chiffres ont leur évidence, et ceux qu'apportait M. de Lavarenne, bien qu'un peu vieux (ils datent de 1847), ne manquaient pas de précision. Ils établissaient nettement que la population médicale en France était plus dense il y a 50 ans qu'aujourd'hui. La constatation était inattendue, mais exacte, et nous venons de voir que, jusqu'en 1866, le pourcentage des médecins, bien qu'un peu diminué, est resté à peu près égal à celui de ces dernières années.

Mais il ne faudrait pas considérer cette révélation comme l'unique enseignement des statistiques. Elles nous apprennent, en outre, que la période d'encombrement que nous venons de constater vers 1850, ne s'est pas prolongée sans modification jusqu'à l'époque actuelle. De 1876 à 1896, pendant cette période de vingt ans plus récente et par là plus intéressante, le nombre des médecins était loin d'atteindre les proportions présentes.

Au cours de cette époque, en effet, il y eut en France un médecin pour à peu près 2.550 habitants. En 1899, il y en a un pour 2.150 environ. *Il en résulte qu'en trois ans, de 1896 à 1899, en admettant la répartition exacte de la clientèle, chacun de nous a vu diminuer la sienne de 450 personnes.* Voilà, croyons-nous, une preuve suffisante de l'encombrement et de quoi justifier les travaux des confrères (ils sont nombreux au *Concours*) qui se préoccupent de la question (1).

(1) *Presse médicale*, 24 mars 1900.

(1) Pour apprécier l'encombrement, il ne faut pas s'en tenir seulement à l'examen des statistiques, il faut aussi faire état de certaines conditions économiques nouvelles. L'amélioration des routes, la facilité des transports (chemins de fer, cycles, automobiles) par exemple, permettent au praticien d'aujourd'hui de desservir un rayon de clientèle beaucoup plus étendu qu'il y a 50 ans.

Rappelons aussi, pour légitimer la campagne de nos diverses associations contre la pléthore professionnelle, que si cette pléthore n'est pas nouvelle, les récriminations qu'elle provoque ne le sont pas non plus. Chaque fois que les médecins atteignent ou dépassent un certain nombre, il se produit chez eux un malaise qui provoque leurs protestations et éveille leurs plaintes. N'est-ce pas vers cette époque particulièrement encombrée dont nous parle M. de Lavarenne, que Munaret, interprétant la gêne générale, écrivait que bientôt « trois sur quatre de ses confrères seraient forcés dans le monde de convertir l'art de guérir en celui de gagner un peu de pain » (1).

B. — La réalité de l'encombrement et le bien fondé de nos récriminations étant établis, étudions maintenant la façon dont s'est répartie sur le territoire la surproduction médicale de ces dernières années. Il suffira pour cela de rapprocher et de comparer, département par département, les pourcentages médicaux en 1886 et en 1899 par exemple.

Nous voyons ainsi que :

22 départements, faisant exception, n'ont pas vu s'accroître leur population médicale qui est restée légèrement plus faible en 1899 qu'en 1886. Ce sont : Ain, Basses-Alpes, Calvados, Cantal, Charente, Corrèze, Corse, Dordogne, Gard, Gers, Indre, Jura, Landes, Lot-et-Garonne, Manche, Meuse, Orne, Pas-de-Calais, Pyrénées-Orientales, Deux-Sèvres, Tarn-et-Garonne, Vienne. En général, ce sont des départements pauvres, de population agricole peu dense. Ils occupent, pour la plupart, les derniers rangs dans l'ordre de la richesse nationale.

Notons aussi que ces départements possédaient presque tous autrefois un assez grand nombre d'officiers de santé, et que la raréfaction progressive de ceux-ci ne semble pas avoir été compensée par un apport égal de docteurs.

4 départements se trouvent avoir, en 1899, la même proportion médicale qu'en 1886. Ce sont : Ardèche, Charente-Inférieure, Saône-et-Loire, Haute-Savoie.

41 accusent une augmentation légère du nombre de leurs médecins (inférieure à un médecin pour 20.000 habitants) : Aisne, Hautes-Alpes, Ardennes, Ariège, Aube, Aveyron, Cher, Côtes-d'Or, Côtes-du-Nord, Creuse, Doubs, Drôme, Eure, Eure-et-Loir, Finistère, Gironde, Hérault, Ille-et-Vilaine, Haute-Loire, Lot, Lozère, Maine-et-Loire, Marne, Haute-Marne, Mayenne, Meurthe-et-Moselle, Morbihan, Oise, Hautes-Pyrénées, Haut-Rhin, Haute-Saône, Sarthe, Savoie, Somme, Tarn, Vaucluse, Vendée, Var, Haute-Vienne, Vosges, Yonne.

Dans 12, la proportion médicale s'est accrue plus sensiblement, (1 médecin pour 10.000 à 20.000 hab.) : Aude, Indre-et-Loire, Isère, Loir-et-Cher, Loire, Loire-Inférieure, Loiret, Nièvre, Nord, Basses-Pyrénées, Seine-Inférieure, Seine-et-Marne.

Enfin, dans 8, l'accroissement médical a dépassé un médecin pour moins de 10.000 habitants : Puy-de-Dôme (1), Seine-et-Oise (1), Haute-Garonne (1,3), Bouches-du-Rhône (1,5), Rhône (1,7), Alpes-Maritimes (1,7), Allier (1,8), Seine (2,7.)

(1) Munaret. — Du médecin des villes et du médecin des campagnes, page 4.

C. — Constatons encore que ce sont les grandes villes qui souffrent surtout de l'encombrement.

Il y a en France 28 villes dont la population dépasse 50.000 habitants. En 1899 trois seulement parmi elles sont plus pauvres en médecins que l'ensemble du pays. Ce sont deux grands ports, le Havre et Toulon, et un grand centre industriel, Saint-Etienne, qui ont respectivement un médecin pour 2.342 — 2.567 — 2.770 habitants, alors que la proportion générale est à la même date d'un médecin pour 2.282 habitants.

D. — La situation médicale de la Seine et de Paris en particulier, en 1900, reflète la loi générale qui subordonne l'affluence ou la raréfaction des médecins à la prospérité d'un pays, à l'importance des villes, à la richesse des quartiers.

Il y a, à ce point de vue, à Paris des différences énormes entre les arrondissements et les quartiers ; ainsi le 8e arrondissement (Elysée) possède un médecin pour 175 habitants (un pour 152 dans le quartier de l'Europe), alors que le 12e (Reuilly), le 13e (Gobelins), le 18e (Butte-Montmartre) et le 19e (Butte-Chaumont) réunis n'ont qu'un médecin pour 3.116 habitants et le 20e (Ménilmontant), qui tient le record, un pour 5.108 habitants. Molière y aurait certainement habité.

E. — La surproduction médicale de ces dernières années n'a pas eu pour effet de répartir le personnel médical dans un plus grand nombre de communes. Au contraire, depuis vingt ans le nombre des communes dédaignées par les médecins va croissant. Cet accroissement régulièrement progressif du nombre des communes privées de médecin paraît être en relation étroite avec la diminution des officiers de santé.

Condensons tout cela en un court résumé :

1° L'encombrement de la carrière médicale n'est pas un cliché mensonger, une rubrique trompeuse et sans consistance. Il correspond à une réalité. Les plaintes unanimes qu'il provoque dans le monde médical sont justifiées.

2° Ce mal n'est pas une nouveauté caractéristique de notre époque. Nos prédécesseurs en ont autrefois souffert. Il a les allures d'une épidémie. Il a sévi avec force vers le milieu du siècle, puis s'est apaisé pendant 25 années.

Depuis 1896 il a reparu, s'est accru rapidement et prend des proportions inquiétantes qui constituent une menace sérieuse pour l'avenir (1).

3° L'encombrement est proportionnel à la richesse d'un pays. Suivant la grande loi économique de notre temps, les médecins abandonnent les campagnes pour les villes.

La suppression des officiers de santé, ces modestes mais utiles serviteurs, a facilité cet exo-

(1) Pour ceux qui douteraient de l'imminence de ce danger, voici une communication de M. Brouardel à l'Assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine 1899 : « La moyenne des diplômes de docteurs délivrés en France par les diverses Facultés de médecine a oscillé de 1839 à 1869, pendant trente ans, entre 400 et 500. Puis en 1889-90 elle a touché 600 pour atteindre 1000 en 1894-95, 1087 en 1895-96, 1099 en 1896-97 et 1192 en 1897-98. Cette année le nombre dépassera 1250. » En admettant que la durée moyenne de l'exercice d'un médecin soit de 20 à 25 ans, il reste établi que la surproduction médicale crée deux docteurs pour une place vacante.

*

de regrettable qui prive beaucoup de campagnes de tous soins et permet aux rebouteurs et autres guérisseurs d'y régner en maîtres.

CHAPITRE II.

1° Causes de l'encombrement. — 2° De quelques autres causes de la crise médicale.

1° Le malaise dont nous souffrons ne nous est pas particulier. Avocats, professeurs, pharmaciens, fonctionnaires, etc., sont, comme nous, victimes de leur trop grand nombre (1). La gêne est générale et il serait puéril d'étudier le mécanisme d'un encombrement professionnel quelconque en passant sous silence la cause première de l'universelle crise des professions libérales.

Cette cause prédominante, c'est indubitablement le prodigieux essor qu'a pris l'instruction en cette fin de siècle. L'obligation à l'instruction primaire, la vulgarisation de l'enseignement secondaire et, corollaire inévitable, l'extension de l'enseignement supérieur, telle fut l'œuvre scolaire de la troisième République. Elle en poursuivit la réalisation avec une infatigable persévérance. Chaque commune eut ses écoles, chaque arrondissement son collège, chaque préfecture son lycée. De nouvelles facultés se fondèrent, les anciennes s'agrandirent ; en vingt ans le budget de l'enseignement supérieur fut quadruplé.

L'initiative particulière suivit l'impulsion de l'Etat, et les écoles libres, les institutions indépendantes, laïques ou confessionnelles, se multiplièrent en face des établissements de l'Université. Et pour peupler toutes ces maisons, commerçants, ouvriers, paysans envoyèrent leurs fils, rêvant pour eux les profits de cette instruction, inaccessible hier, à leur portée aujourd'hui. Il semble qu'une soif d'apprendre, inextinguible et subite, se soit emparée du pays tout entier.

Mais, après dix ou douze ans de collège, l'heure est venue de le quitter ; le baccalauréat ouvre les portes de l'Ecole supérieure ou de la Faculté ; encore quelques années de travail et de sacrifices et le diplôme est obtenu, la thèse passée ; l'ambition du père est satisfaite, les rêves maternels réalisés. Une bouffée de confiance et d'orgueil grise le jeune homme, et le mirage d'une carrière facile, fructueuse, honorée, lui masque encore un jour l'amère désillusion de demain (2).

Il a fallu vingt ans pour que l'œuvre de diffusion de l'enseignement vînt à maturité et l'on comprend que, préparé depuis 1875, l'encombrement ne se soit fait sentir que vers 1895.

Ainsi, l'entassement des jeunes gens dans les carrières libérales est dû à la surproduction universitaire, et celle-ci est la conséquence du dédaigneux et néfaste discrédit que l'instruction popularisée a répandu sur les professions manuelles.

Constater ce fait est banal ; prétendre y remédier serait superflu et présomptueux.

Le droit du peuple à la pensée, à l'instruction, à l'accès de toutes les carrières est indéniable et intangible, surtout pour notre démocratie, justement avide de liberté et d'égalité ; mais si personne ne songe à fermer la porte largement ouverte qui mène aux carrières libérales, c'est un devoir de montrer à la foule qui s'y presse, ce qu'elle trouvera au bout du chemin, et l'effort est louable qui tend à diminuer l'encombrement et à améliorer le sort de cette nouvelle classe que Bismarck baptisa d'un nom destiné à faire fortune *le prolétariat intellectuel.*

Cette constatation de la cause générique et primordiale du malaise actuel des professions libérales était nécessaire. Discutons maintenant les diverses considérations que l'on a signalées pour expliquer l'encombrement médical.

Il est dû, a-t-on dit :

Au prestige, à la richesse, à la liberté que confère la médecine ;

A la multiplication des bourses ;

A la nouvelle loi militaire et à la suppression du volontariat ;

A l'afflux des étrangers ;

A une mauvaise compréhension de l'enseignement secondaire, qui ne prépare qu'aux carrières libérales ;

A la trop grande facilité des examens de doctorat.

Après cette énumération des causes qui sont accusées de l'encombrement de notre carrière, il est utile de distinguer entre elles. Leur valeur respective, dans la pathogénie de notre pléthore professionnelle, est fort inégale.

Les unes ont existé de tout temps ; cela nous empêche d'en faire état pour expliquer les embarras de l'heure présente ; citons-les rapidement. Certes, il est possible que la fortune d'un Péan ait déterminé certaines vocations hésitantes, et le journal qui raconte les exploits de tel de nos laparotomistes les plus distingués a pu décider d'irrésistibles amours pour le bistouri doré, dispensateur de gloire mondaine et d'invraisemblables honoraires. Mais il y eut de tout temps quelques médecins favorisés par la fortune et il suffit de rappeler le million que Seleucus offrit à Erasistrate ou la rente de mille pièces d'or que Venise payait à Fabrice d'Aquapendente pour prouver que ce n'est pas seulement à notre époque que le mirage de la richesse a pu éblouir quelques ambitieuses cervelles.

Le même raisonnement établit que certains avantages de notre diplôme subissent, à tort, le reproche d'attirer vers lui la foule des candidats.

La médecine, il est vrai, donne à ses adeptes la possibilité de ne pas se déraciner et de retourner vivre au pays natal ; elle leur offre un établissement facile sans grosse mise de fonds initiale ; enfin, elle leur confère le peu qui lui reste de son primitif caractère hiératique, quelques vestiges d'une autorité chancelante, d'une respectabilité et d'un prestige qui s'évanouissent tous les jours.

Voilà une série de considérations fort capables d'impressionner le jeune homme à l'heure

(1) Lire sur ce sujet les importantes et éloquentes études de H. Bérenger. *Revue des Revues*, n° 2, 1898, et n° 2, 1899.

(2) En 1814, le nombre total des étudiants était de 4250 ; en 1869, il atteignait 9522 ; en 1878, 10.972; en 1888, 17.630 ; en 1896, 26.944 ; (Liard, Enseignement supérieur en France, II, p. 377.)

Rapprochons de ces chiffres les suivants que nous empruntons à l'office du travail. En 1866, les professions libérales occupaient 914,000 hommes ; en 1896, elles en occupaient 1.381.000.

Quelle différence entre ces deux progressions !

importante où il cherche sa voie et hésite sur le choix d'une carrière.

Mais leur influence réelle n'est pas spéciale à notre époque ; de tout temps elle a attiré vers la médecine un certain nombre d'adeptes, et l'on ne conçoit pas pourquoi elle s'exercerait avec plus de puissance en 1900 qu'en 1865 ou en 1880 par exemple.

Multiplication des bourses.

Elle fut considérable depuis 20 ans. La sollicitude démocratique y poussait nos gouvernants, et aussi, peut-être, le désir de légitimer, en les peuplant un peu, leurs constructions répétées de collèges immenses et de lycées ruineux.

A notre avis, cette fréquence des exonérations collégiales et des différentes bourses a joué un rôle dans notre encombrement médical.

Le défaut de fortune rétrécit, en effet, singulièrement l'horizon du jeune boursier qui sort du collège. Il sait que l'étude du droit nécessite, dans l'avenir, l'acquisition coûteuse d'une charge d'avoué ou d'une étude de notaire ; il comprend que l'officier sans fortune est condamné à une gêne perpétuelle par l'insuffisance notoire d'une solde trop précaire ; il connaît l'inutilité d'un diplôme de pharmacien quand on ne peut acheter une officine, ou d'une toge d'avocat quand on a besoin de gagner rapidement sa vie. Que lui reste-t-il ? Le fonctionnarisme qui demande des protections, qui supprime une partie de la liberté, qui n'offre qu'un avenir médiocre, sans grands espoirs, ni larges perspectives ?

On comprend qu'il préfère souvent la médecine; l'étude n'en est pas très coûteuse ; elle lui est facilitée par des bourses, des allocations d'externe ou d'interne, des remplacements médicaux, etc. Reçu docteur, il s'établira où il lui plaira, sans mise de fonds préalable, et exercera sans grands frais.

Voilà, ce me semble, de quoi expliquer la légitime prédilection des boursiers pour notre art. Ils viennent, par la force des circonstances, augmenter un encombrement professionnel dont ils sont les premières et les plus intéressantes victimes.

Nouvelle loi militaire.

Elle a eu une influence fâcheuse sur notre profession et tout le monde est d'accord pour lui donner le plus grand rôle dans la genèse de notre encombrement.

La statistique le montre avec évidence.

En effet, notre diagramme accuse, en 1896 et les années suivantes, une ascension brusque et importante de la courbe qui traduit le nombre des médecins en France. Or, les docteurs reçus en 1896 avaient commencé leurs études médicales en 1889-90 et 1890-91, c'est-à-dire au moment où la nouvelle loi militaire était mise en vigueur.

Cette conséquence de la loi militaire n'a rien de surprenant. La suppression du volontariat la rendait inévitable. Les jeunes industriels, les futurs commerçants, ne trouvant plus dans leurs professions la possibilité d'éviter en partie la caserne, les abandonnèrent pour aller vers celles qui conservaient l'ancien privilège. La médecine était du nombre, il était fatal qu'elle recueillit de nombreux disciples.

Quant au principe d'égalité qui fut le grand promoteur de la réforme, on chercherait vainement ce qu'il a pu y gagner. Aujourd'hui comme hier, les jeunes Français restent inégaux devant la loi militaire.

Question des médecins étrangers.

C'est également une des causes importantes de notre crise. « La statistique nous apprend que 2,000 médecins étrangers, dont 600 à Paris, exercent la médecine en France », nous dit le docteur Salomon dans son très intéressant et très étudié rapport au Congrès de médecine professionnelle. Or, nous avons vu qu'à l'heure actuelle 17,000 médecins environ exercent en France, dont 3,000 à Paris.

Il suffit de rapprocher ces chiffres pour être frappé de l'importante proportion de nos collègues étrangers. Je ne crois pas qu'il en existe de semblable dans un autre pays.

La lecture des annuaires nous renseigne sur la répartition de ces nouveaux confrères. Elle les montre groupés dans les contrées riches, dans les départements qui payent le plus lourd tribut à l'encombrement. Dans bien des endroits, il suffirait de les déduire des statistiques pour ramener le taux des médecins au chiffre normal que leur implantation lui a seule fait dépasser.

La cause de cette invasion étrangère dans nos rangs est trop connue pour qu'on ait besoin d'y insister. Signalons-la seulement. Elle réside dans la mauvaise habitude qu'avaient, naguère encore, nos facultés, de s'ouvrir toutes grandes aux titulaires de diplômes exotiques dont la valeur scientifique était souvent insuffisante pour justifier leur assimilation à nos baccalauréats.

Cette pratique des équivalences constituait un abus évident ; il a fallu du reste la réformer récemment (1). Mais elle avait permis à plusieurs milliers d'étrangers d'acquérir un diplôme qu'on aurait certainement refusé aux Français possesseurs d'un bagage scientifique aussi léger et aussi incomplet.

Influence de l'enseignement secondaire tel qu'il est actuellement compris sur l'encombrement des carrières libérales.

Signalons seulement, en passant, cette très grosse question dont la portée générale dépasse notre sujet. On nous permettra pourtant de l'effleurer dans notre dernier chapitre.

Trop grande facilité des examens de doctorat.

Nous reviendrons également plus loin sur ce point.

Citons seulement ces quelques lignes où se reflètent le bon sens et la verve coutumière à l'un de nos spirituels chroniqueurs médicaux. « On parle d'encombrement de la profession. Ne croyez-vous pas que, si l'on était plus sévère aux examens, la pléthore dont nous souffrons ne se trouverait pas considérablement diminuée. Je sais que la question est complexe. Il n'en est pas moins vrai que si, de temps à autre, le bruit se répandait que des fruits secs ne sont pas arrivés jusqu'à la maturité du diplôme, les pères de famille devenus plus circonspects, prendraient moins au sérieux les passionnettes de leur rejeton pour la grave et austère médecine. » (2)

(1) Nous devons cette réforme à M. Rambaud, ministre de l'Instruction publique. Mais le décret qu'il prit est-il rigoureusement observé ?

(2) Helme. — *Médecine moderne*, 16 mai 1900.

2° DES DIVERSES CAUSES QUI S'AJOUTANT A L'ENCOMBREMENT, ONT PROVOQUÉ LA CRISE MÉDICALE.

Diminution des malades.

L'hypertrophie du corps médical que nous venons de constater serait rationnelle si elle était compensée par une augmentation simultanée du nombre des malades. Celle-ci s'est-elle produite ?

Je ne sais pas si nos contemporains, particulièrement sensibles à la douleur, appellent le médecin pour des malaises que leurs pères auraient traités par un dédaigneux mépris ; mais je crois volontiers que le surmenage de la vie moderne a sensiblement accru le nombre des neurasthéniques, des hystériques et autres névrosés, et il est probable que l'universel triomphe de l'alcoolisme rassure les neurologistes sur l'avenir de leur spécialité.

Mais si le domaine de la médecine s'est augmenté de quelques tristes acquisitions, il s'est singulièrement rétréci d'autre part par les conquêtes de l'hygiène et de la prophylaxie.

Grâce à elles, un certain nombre de maladies ont disparu ou sont en régression. La variole, qui, au temps de d'Alembert, détruisait entre la 7e et la 8e partie du genre humain est devenue une rareté dans tous les pays où l'on pratique avec méthode la vaccination ; l'application de l'antisepsie a entraîné la disparition des septicémies qui menaçaient, il y a peu d'années, les plaies chirurgicales ou accidentelles ; de 1880 à 1887, 13 à 1.400 Parisiens payaient un tribut annuel à la typhoïde ; à partir de 1888-89, date du remplacement de l'eau de rivière par l'eau de source, la moyenne descend entre 5 et 600 ; dans un avenir que nous espérons prochain, les sanatoria attireront tous les tuberculeux et réduiront considérablement nos clientèles (1).

Cette diminution des malades est telle qu'on a pu écrire qu' « aujourd'hui, à Paris, un médecin, si l'on admet la répartition exacte de la clientèle doit voir un malade tous les 12 jours environ (2) ». Comme le dit notre ami le docteur Baillère, il suffit de jeter un coup d'œil sur les statistiques des principales villes d'Europe pour constater que : « la morbidité et la mortalité décroissent en raison inverse de l'augmentation des travaux de salubrité et de l'application des mesures sanitaires (3) ».

Notons encore l'apparition et le développement de certaines professions *paramédicales* (dentistes, masseurs, etc.), qui, outre l'exercice illégale qu'elles favorisent trop souvent, ont enlevé aux médecins certaines de ses anciennes attributions.

Abus de l'hospitalisation et des consultations hospitalières.

A Paris et dans les grandes villes, la concurrence la plus redoutable pour le médecin lui est faite par les établissements hospitaliers. L'attraction qu'ils exercent sur les malades de toutes les classes sociales ne s'arrête pas aux portes des grandes cités ; elle se manifeste autour d'elles dans un large rayon qui grandit chaque jour. Tout le monde est d'accord sur ce fait. Quelques chiffres en montreront l'importance.

(1) Il meurt en France 150.000 tuberculeux par an.
(2) MICHAUT. — Loc. cit., p. 23.
(3) BAILLÈRE. — Les maladies évitables, p. 201.

Nous les empruntons au Dr Dorison (1). « Les hôpitaux (de Paris) signalent, pour 1899, 4.607.000 journées de séjour ; or l'examen du projet du budget (p. 3) nous apprend que Paris contient une population indigente de 48.000 individus et une population nécessiteuse de 73.000 personnes, soit 121.000 pauvres en tout ; si ces derniers seuls obtenaient, conformément à la loi de 1893, l'admission à l'hôpital, il faudrait admettre que chacun d'eux a eu une moyenne de 38 journées d'hôpital en une seule année, ce qui est absurde. La conclusion s'impose donc : la majeure partie des clients de l'hôpital n'est pas composée de vrais pauvres (2). Notons aussi qu'à Paris 18.000 accouchements au moins, d'après le Dr Napias, se font aux frais de *la princesse* soit dans les hôpitaux, soit chez les sages-femmes agréées. L'assistance publique préside à la naissance de plus d'un tiers des jeunes Parisiens (3).

Ajoutons à cela les innombrables consultations qui sont données chaque matin dans les hôpitaux et l'on se rendra compte du nombre invraisemblable de malades aisés qui demandent à l'assistance les soins qu'elle devrait réserver aux pauvres et aux nécessiteux.

M. le professeur agrégé Thierry a, dans son intéressant rapport au Congrès de médecine professionnelle, signalé d'incroyables abus et rassemblé toute une série d'exemples typiques de cette exploitation des médecins et du bien des pauvres, par des malades aisés et souvent riches.

Il semble que dans le public la notion se répande qu'il a droit aux soins gratuits de l'hôpital et que l'Assistance doit veiller à sa santé comme la police, par exemple, à sa sécurité. Tout le monde ne paie-t-il pas l'impôt ? Alors pourquoi laisser aux seuls indigents le bénéfice d'une institution que tout le monde contribue à entretenir ?

Que résulte-t-il de cela ? Pour le médecin une concurrence injuste et considérable ; pour l'Assistance un accroissement de dépenses tel qu'elle n'a pu y faire face qu'en épuisant ses fonds de réserve et ses économies ; pour les pauvres une injustice honteuse qui les chasse d'hôpitaux construits pour eux, et leur mesure une place qui leur appartient tout entière (4).

Le développement des mutualités, des coopératives, des assurances contre les maladies, etc., au point de vue médical.

Les abus de l'hospitalisation atteignent surtout les médecins fixés dans les grandes villes et les régions limitrophes. Ils ne dépassent guère un certain périmètre. Le tort que fait la mutualité sous toutes ses formes, au corps mé-

(1) Rapport au Congrès de déontologie, 1900.
(2) En 1825 l'Assistance publique de Paris hospitalisa 51.536 malades ; en 1860, 83,817 ; en 1880, 105,619 ; en 1890, 143,544 ; en 1895, 161,084 et en 1899, 184,198.
(3) En disant un tiers nous sommes au-dessous de la réalité ; à l'heure actuelle c'est la moitié qu'il faudrait dire.
(4) On peut dire sans exagération que si l'admission des malades dans les hôpitaux était limitée aux indigents et aux nécessiteux, les dépenses de l'Assistance diminueraient d'au moins deux millions par an. Malheureusement, les élus ne se soucient guère de faire cesser un abus qui leur permet d'obliger, sans bourse délier, quelques électeurs influents et bien pensants.

dical, est plus général. A l'heure actuelle bien peu de nos confrères échappent à ses atteintes. Cette forme d'association a pris, ces dernières années, un essor prodigieux ; elle s'est étendue sur tout le pays, accueillie avec la même faveur par les ouvriers et les employés, les paysans et les fonctionnaires (1), groupant toutes les corporations dans ses différentes sociétés, qui, pour la plupart accordent à leurs membres la gratuité des soins médicaux et des médicaments.

Le nombre des sociétés de secours mutuels libres ou approuvées, qui n'était que de 2.500 en 1852 et de 6.800 en 1880, atteignait 10.300 en 1894 et 11.500 en 1898. De 1890 à 1898 le total de leurs adhérents augmentait d'environ 500.000 mutualistes.

En même temps, apparaissent chaque jour de nouvelles compagnies d'Assurances contre les accidents, contre la maladie, qui enlèvent aux médecins une part toujours croissante de leur clientèle payante et ne leur accordent plus que des honoraires toujours insuffisants et souvent ridicules.

Citons comme modèle de ces compagnies, une des dernières nées que les lecteurs du *Concours médical* connaissent bien, cette Fraternelle médicale et pharmaceutique dont beaucoup de confrères semblent avoir été victimes.

Rappelons les deux premiers articles de ses statuts qui montrent bien l'étendue du danger qui nous menace.

Art. 1er. — Il est formé une Société d'Assurances mutuelles à cotisations fixes contre les risques ci-après spécifiés entre les personnes qui ont adhéré ou adhéreront aux présents statuts.

Art. 2. — La Société a pour but de garantir mutuellement ses membres contre les risques ci-après :

a). Contre les frais de soins médicaux,

b) Contre les dépenses de médicaments, etc...

(*Concours médical*, n° 41, 1899.)

Quant à l'insuffisance des honoraires que nous distribuent toutes ces sociétés, elle n'est que trop connue du monde médical. Il serait superflu d'y insister. Les 3 ou les 5 francs qui nous sont généralement offerts, par an et par famille, représentent bien plus une humiliante aumône qu'un salaire légitimement acquis.

Exercice illégal de la médecine.

C'est une vieille plaie qui ronge depuis longtemps le Corps médical. Il a fait bien des tentatives pour la guérir, toutes sont restées vaines. — Le mal a résisté à toutes les consultations ; aujourd'hui comme hier, il reste d'actualité, car jamais on ne l'a vu s'étaler avec plus d'impudence et se révéler avec plus d'acuité. Les formes qu'il revêt sont infinies.

Examinons-en quelques-unes, les plus fréquentes, sans nous étendre longuement sur un sujet devenu banal à force d'avoir été traité.

Nous avons d'abord, à tout seigneur tout honneur, l'exercice illégal par les pharmaciens. Beaucoup trop d'entre eux ne refusent pas, sollicitent même les consultations *gratuites* qu'ils accompagnent d'une ordonnance qui ne l'est pas.

M. le Dr Thierry, un de nos rares maîtres qui s'intéressent à ces questions professionnelles, a profité de sa situation de chirurgien consultant des hôpitaux pour faire une enquête sur ce sujet de l'exercice de la médecine par les pharmaciens. En peu de temps, il a recueilli 74 dossiers accusateurs qu'il a présentés en 1899 à la Société médicale du VIe arrondissement.

Les Sages-femmes.

Pas plus que les précédents, ces auxiliaires du médecin n'ont besoin d'y être engagées pour exercer un art qu'elles ne sont que trop enclines à pratiquer illicitement. C'est pourtant ce que fait mensuellement tel journal qui se cache si peu de cette excitation des sages-femmes à la médecine, qu'il nous fait régulièrement et aimablement son service gratuit. Et les accoucheuses feront bien de retenir les conseils qu'il leur prodigue, sur la thérapeutique de la chlorose, de l'hystérie, des vers intestinaux, etc., car ils leur permettront *d'acquérir vite une fructueuse et solide réputation.*

Séduites par une aussi agréable perspective, les prêtresses de Lucine prêtent une oreille attentive et docile à ces prometteuses paroles, et les journaux nous annoncent chaque jour à leur quatrième page les succès de plus en plus nombreux qu'elles obtiennent dans la stérilité, les affections des femmes, les maladies des enfants, etc., etc.

Les infirmiers.

La fréquentation journalière des docteurs et des malades suffit du reste à inspirer le feu sacré de la médecine. Pour en distribuer les bienfaits, point n'est besoin de l'étude des auteurs ou de l'enseignement des facultés ; il suffit de fréquenter un peu l'hôpital, ne fût-ce que comme infirmier. L'apprentissage est facile et le métier ne manque pas de bénéfices.

Pour les recueillir, ne suffit-il pas de prendre le titre flatteur de « spécialiste diplômé des hôpitaux » et de faire distribuer ses heures de consultation et son portrait sur un prospectus ainsi rédigé : « Le spécialiste diplômé qui est à la fois embaumeur, masseur, désinfecteur, ventouseur, etc., peut jouer aussi le rôle *d'assistant en chirurgie*. Au besoin il peut servir d'aide dans les opérations, donner le chloroforme etc., ayant acquis pendant son stage en médecine et en chirurgie dans les hôpitaux de Paris, des connaissances spéciales et une expérience que déjà beaucoup parmi MM. les docteurs ont su mettre à profit. » *Journal des Praticiens*, 6 octobre 1900.

Magnétiseurs. Hypnotiseurs. Spirites, etc.

Réunissons dans le même groupe ces diverses professions qui doivent être bien florissantes si l'on en juge par le nombre chaque jour croissant de leurs adeptes. Leur spécialité est, chacun le sait, le traitement des maladies nerveuses et organiques. Leurs pratiques furent estimées non délictueuses dans un étonnant arrêt de la cour d'Angers (24 juin 1894). Malheureusement pour l'avenir de cette honorable profession, cet arrêt fait exception dans la jurisprudence et les Cours de Lyon, de Lille, et de Paris se sont successivement montrées

(1) Ex. : Union centrale des officiers ; Société de secours mutuels des employés des contributions indirectes, — des employés du greffe de la Seine, — des membres de la Légion d'Honneur, etc., etc. — Les enfants eux-mêmes sont entraînés dans le mouvement (mutuelles scolaires).

moins favorables à nos nouveaux collaborateurs (1).

Electrothérapeutes. — Masseurs, etc.

Ce sont les dernières recrues de l'exercice illégal. Mais ils l'ont entrepris avec l'impétueuse ardeur des néophytes. Qu'on les laisse faire et ils auront tôt fait de ruiner, dans l'esprit du public, des moyens thérapeutiques actifs entre les mains de médecins éclairés, nuisibles et souvent dangereux entre celles de ces charlatans nouveau jeu.

Il n'en coûtera au bon public que quelques victimes et pas mal de gros sous. C'est trop peu pour lui faire perdre cette incommensurable innocence qu'il est si facile et si profitable d'exploiter.

Les Rebouteurs.

Les rebouteurs ne sont-ils pas un exemple certain de cette inépuisable naïveté du public ?

Ils ont beau continuer leurs méfaits, accumuler leurs victimes, leur clientèle reste immuable (2). Cette fidélité les rend forts pour supporter les misères qu'osent leur faire quelques médecins jaloux de leurs succès et de leur habileté. Ceux-ci poussent-ils la noirceur jusqu'à les traduire en justice ; ils y vont sans frayeur et paient sans étonnement leur contravention habituelle qu'ils considèrent comme la patente qui les met pour quelque temps en règle avec la société.

Les Instituts, Académies, Cliniques, Polycliniques, etc.

C'est l'exercice illégal en grand, élevé à la hauteur d'une industrie. Il est pratiqué par d'ingénieux capitalistes ou des sociétés anonymes qui ont réussi à lui appliquer les procédés les plus perfectionnés du grand commerce moderne.

La réclame surtout est soignée ; elle se varie à l'infini, depuis le journal gratuitement envoyé, jusqu'à l'affiche artistiquement coloriée ; elle ne fait pas fi de l'humble prospectus, mais elle ne recule pas devant la dépense d'un *leader article* dans nos plus grands quotidiens. — Quant aux traitements, « il y en a pour tous les goûts. La médecine ancienne est présentée sous formes de tisanes, pilules, onguents de tout acabit. La médecine nouvelle, au courant des derniers progrès de la science, fait le commerce à l'américaine ; elle traite par correspondance ; elle offre au public selon les cas, mais toujours moyennant finances, insufflateurs, inspirateurs, plaques métallo-dynamo-thérapiques, etc., à prix réduit, sans compter la bouteille complément indispensable à la médication (3). »

Voici, du reste, l'amusante ordonnance d'un de ces ingénieux médicastres, telle que la rapporte l'*Hygiène usuelle* :

1° Prendre ma tisane jaune, etc.
2° Prendre ma tisane verte, etc.
3° Prendre ma tisane noire, etc.
4° Appliquer nuit et jour quatre disques électro-dynamiques au sommet des poumons, 2 en avant, 2 en arrière.
5° Prendre mes granules n° 1, n° 2, n° 3.
6° Employer ma pommade électro-dynamique. — Ci-joint facture :

1 Tisane jaune, 5 fr. 50 — 1 tisane verte, 5 fr. 50 — 1 tisane noire, 5 fr. 50 — 1 lotion, 5 fr. 50 — 1 pommade, 6 fr. — 1 étui granules, n° 1, 5 fr. — étui granules n° 2, 8 fr. — 1 étui granules n° 3, 8 fr. — 2 disques électro-dynamiques, 10 fr. Total : 58 fr.

Il est triste d'avouer que certains de ces « Instituts médicaux » possèdent dans leur personnel des docteurs authentiques que la misère dégradante a réduit à ce vilain métier. Les malheureux ; leur déchéance n'a même pas la compensation des profits du scandaleux commerce qu'ils couvrent de leur titre ; ce n'est pas pour eux, c'est pour leurs propres exploiteurs qu'ils exploitent les malheureux trop crédules et les malades trop confiants.

Arrêtons ici cette énumération de nos collègues illicites. La liste est suffisante, point n'est besoin d'y ajouter les curés, les bonnes sœurs (1), les somnambules, etc., qui renforcent trop fréquemment les effectifs des irréguliers de notre profession. Nous en avons cité assez pour montrer l'importance de la concurrence qui nous est faite.

Le Dr Descoust estime que les consultations données à Paris en dehors des médecins s'élèvent chaque jour au chiffre respectable de 20.000 environ ; et le président du Syndicat médical de Lille pense que les deux cinquièmes de la clientèle nous sont enlevés par l'exercice illégal. — Quant au tort fait au public, à sa bourse et à sa santé, qui donc pourrait l'évaluer ?

CHAPITRE III.

Résultats de l'encombrement.

Quelques mots maintenant sur les résultats de cet encombrement médical que nous venons de voir coïncider avec une diminution simultanée des revenus généraux de notre profession.

Ils sont de deux ordres :

1° *Résultats matériels* : L'offre médicale augmentant alors que la demande diminuait, la concurrence était fatale. Elle s'est manifestée avec intensité. Elle a favorisé l'exploitation des médecins par les diverses administrations, les compagnies, les particuliers eux-mêmes. Avec un ensemble unanime, chacun demanda à son médecin un peu de « rabais » sur ses honoraires habituels, accompagnant avec tact sa requête d'une allusion transparente aux jeunes confrères nouvellement installés dans le voisinage, si dévoués, si aimables, si disposés à faire au public toutes les concessions désirables. Ces raisons sont irrésistibles et il a bien fallu, pour conserver une clientèle de moins en moins fidèle, souscrire à ses demandes et en arriver à cette

(1) *Gazette du Palais*, 1-136 1893 et 2-40 1894, et résumé du *Concours médical*, 21, 1899.

(2) Ex. : curé de Sens. — Guérisseuse de Lille. — Le faux médecin du faubourg Saint-Antoine, etc., etc.

(3) Dr Lamblin. — Syndicat des médecins de Lille, 20 janvier 1900.

(1) L'œuvre de ces thérapeutes bien pensants a été facilitée et singulièrement élargie par la multiplication des spécialités. Il est si facile et si tentant de guérir la tuberculose avec la solution X et de faire évanouir les tumeurs avec la pommade Y. On n'a même plus besoin de connaître les simples pour soulager son prochain. Il y a peut-être là une considération de nature à rendre les médecins plus circonspects dans la prescription des spécialités.

diminution, à cet avilissement de nos honoraires dont nos journaux nous apportent fréquemment de si typiques exemples (1).

Point n'est besoin d'insister sur les effets de la concurrence entre praticiens. Les lecteurs du *Concours* sont particulièrement bien renseignés sur ce sujet. Citons, entre cent, cet extrait de leur journal : « Un médecin de nationalité orientale débarque un beau matin dans la commune de X.., pourvue d'une Société de secours mutuels qu'un confrère soigne à l'abonnement de six francs, si vous voulez. A peine descendu, notre exotique se présente chez le président de la Société, et vlan ! soumissionne à 4 francs. Six mois après il demande bravement à entrer dans le syndicat. Ceci est authentique, quoique récent (2).

Et ça n'est pas fini ; avec le système de la mise en adjudication des services médicaux que plusieurs municipalités et administrations viennent d'inaugurer, on se demande à quel taux ridicule descendra l'estimation future de nos services (3).

Du reste, il n'est pas besoin d'attendre pour juger les conséquences du nouvel état de choses. Avec lui la gêne et souvent la misère sont entrées dans nos rangs : « En faut-il d'autres preuves que la mendicité qui s'étale dans nos journaux médicaux. Pour une veuve de médecin, s'il vous plaît ! Pour les enfants d'un confrère mort dans l'indigence ! Pour le tombeau d'un professeur à la Faculté, s'il vous plaît ! Une multitude d'associations de prévoyance, de sociétés de secours, se sont fondées pour venir en aide aux médecins misérables..... Il n'y a pas longtemps, un chirurgien des hôpitaux mourait pauvre n'ayant vécu que par les émoluments qu'il touchait comme sténographe au Sénat. La veuve d'un professeur à la Faculté était obligée de solliciter une modeste place d'inspectrice des écoles. Un médecin âgé se tuait, il y a peu d'années, parce qu'atteint par la limite d'âge, on lui retirait les 1200 francs dont il vivait comme médecin d'un des bureaux de bienfaisance de Paris » (4). Faut-il ajouter l'exemple de ce malheureux docteur L..., qui gagnait péniblement 100 francs par mois, quand il fut le héros d'un récent et retentissant procès.

2° *Résultats moraux.* — Pour exercer noblement sa mission sociale, le médecin devrait être délivré des obsédants soucis d'une existence précaire et difficile. D'abord ils sont injustes : un diplôme qui exige de longues et coûteuses années d'études, une profession pénible, absorbante, souvent dangereuse, un avenir sans garantie, sans retraite, sans assurance contre la maladie où la vieillesse, tout cela mérite mieux que la misère. Ensuite cette misère est dangereuse, pour le médecin dont elle tend à diminuer la moralité et pour le public dont cette moralité est la sauvegarde. Or, il faut le reconnaître, quelque pénible qu'en soit l'aveu, notre honorabilité professionnelle et notre vieux renom de dignité sont ternis et diminués chaque jour par les vilains procédés qu'un struggle for life acharné a introduits et développés dans nos rangs. Ces procédés, qui ne les connaît ? Ce sont ceux de ces cliniques louches, de ces instituts équivoques qu'une scandaleuse réclame et qu'un honteux rabattage alimentent sans cesse de nouvelles victimes ; ce sont ceux de ces docteurs et de ces pharmaciens qu'un dégradant compérage réunit dans la même déchéance ; ce sont encore ces opérations de complaisance qui rapportent autant au médecin qui les conseille qu'au chirurgien qui les pratique : ce sont enfin les défaillances de ces malheureux qui prêtent leur nom et couvrent de leur diplôme les charlatans et les exploiteurs.

Il serait inutilement douloureux d'insister sur ces plaies. Sans doute elles sont exceptionnelles et demeurent le triste apanage de quelques individualités ; mais d'éclatants scandales, de retentissants procès, la presse, la littérature, le théâtre (1), leur ont donné une telle publicité que le public, oubliant nos vieilles traditions d'honneur, tend de plus en plus à confondre dans un même discrédit les brebis galeuses et l'ensemble du troupeau.

CHAPITRE IV.

Remèdes de la crise médicale.

Lorsqu'on traite d'un sujet médical, il est de règle d'en terminer l'étude par un chapitre de thérapeutique. Pour obéir à cette tradition, passons maintenant en revue les médicaments dont la vertu précieuse est susceptible, a-t-on dit, de modifier heureusement notre congestion professionnelle. Leur liste est assez longue, mais on peut facilement les grouper dans l'une des deux catégories suivantes :

1° Mesures propres à sauvegarder l'avenir de la profession médicale en restreignant le nombre des docteurs futurs.

2° Mesures propres à parer aux dangers de l'heure présente en améliorant la situation actuelle du corps médical.

I. Mesures propres a sauvegarder l'avenir de la profession médicale.

Tous les projets de cette catégorie ont un caractère commun ; ils cherchent à rendre plus difficile la conquête du diplôme doctoral.

A. *Modifications à apporter dans l'enseignement secondaire.*

L'encombrement de la médecine et de toutes les carrières libérales est la conséquence nécessaire du formidable développement de l'enseignement secondaire pendant les 25 dernières années. Cet afflux de la jeunesse contemporaine dans les lycées et les collèges tient à des causes

(1) Ce terme d'avilissement n'est-il pas le seul qui convienne à l'exemple suivant que le *Bulletin médical* rapportait récemment. Un de ses abonnés, médecin en Saône-et-Loire, reçut de la Société de secours mutuels de sa localité soixante centimes pour un accouchement de nuit.

(2) *Concours médical*, n° 10, 1899. Voir aussi l'exemple de Monthermé, n° 38, 1898, etc., etc.

(3) A Lyon, l'an dernier, le service médical des ouvriers civils de l'arsenal fut adjugé aux docteurs Ph... et Jal....

(4) Michaut. — Pour devenir médecin, p. 19.

(1) Les « Morticoles » de Daudet, « l'Evasion » de Brieux, « En paix » de Bruyerre, « l'Epidémie » de Mirbeau, les « Florifères, la Nouvelle Idole », etc., etc. Où est le temps où Balzac présentait au public le médecin de campagne sous les traits avantageux du bon Docteur Benassis.

**

profondes qu'il n'est guère en notre pouvoir de modifier. Il faut laisser le temps faire son œuvre. Quand le peuple verra les professions libérales sous un jour plus vrai et moins engageant, quand il en connaîtra par une série d'expériences malheureuses les déboires, les désillusions et souvent les misères, il cherchera pour ses fils un avenir plus sûr et moins décevant. Jusque-là, il nous faut laisser passer le flot que nous ne pouvons contenir et nous efforcer seulement de l'endiguer et de le canaliser pour le mieux répartir.

Cette œuvre ainsi réduite est-elle réalisable ? Ceux-là le croient qui pensent que l'Université ne doit pas seulement préparer à la science, mais aussi à la vie, qui demandent à l'*alma mater* de ne plus enfanter seulement les futurs médecins ou les aspirants fonctionnaires dont nous regorgeons, mais de produire aussi les industriels et les commerçants, les agriculteurs et les colons qui prouvent l'activité économique d'un pays, font sa prospérité et préparent sa fortune.

C'est dans ce but éminemment pratique que l'enseignement moderne avait été créé. Notre intérêt, à nous médecins, est qu'il ne s'en détourne pas et qu'il continue son utile dérivation. Institué pour soulager l'enseignement classique d'une partie de la foule qui dangereusement s'y presse, il ne faut pas qu'il ramène ses adeptes, par un chemin détourné, devant les portes des facultés que les élèves ayant leurs humanités suffisent amplement à obstruer. C'est pourtant ce qu'un récent et malencontreux décret a permis. Promulgué le 30 juillet 1899, il est ainsi conçu :

« Les aspirants au doctorat en médecine doivent produire pour prendre la première inscription :

Soit le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles.

Soit, avec dispense du baccalauréat (lettres-philosophie), les quatre certificats d'études supérieures ci-après désignés, délivrés par une faculté des sciences : physique ; chimie ; botanique ; zoologie ou physiologie générale ou embryologie générale (1) ». (*Journal officiel*, 30 juillet 1899.)

Ce décret est regrettable pour plusieurs raisons :

1° D'abord le système des dispenses ministérielles ouvre la porte à des abus d'autant plus fâcheux que, n'étant pas publiés, ils échappent à tout contrôle et peuvent être multipliés à l'infini (2);

(1) Un ministre ne devrait pas avoir le pouvoir de rendre de tels décrets. C'est par une loi que devraient être déterminées les conditions d'admission aux Facultés. La fantaisie ministérielle est une autorité insuffisante pour modifier à son gré des questions de cette importance. Tant qu'elle en aura le pouvoir, les professions libérales ne présenteront ni garantie ni stabilité. Qui nous dit, par exemple, qu'un des hôtes intermittents du ministère de la rue de Grenelle n'ouvrira pas demain l'accès de la médecine à la foule des bacheliers de l'enseignement moderne ?

(2) C'est la loi Chevandier qui, par son article 5, a conféré au ministre le droit d'accorder des dispenses de diplômes pour prendre des inscriptions.

2° Il amène à une profession suffisamment encombrée, un contingent superflu d'adeptes qu'une instruction spéciale avait préparés pour d'autres carrières ;

3° La culture unique des sciences est insuffisante pour préparer à la médecine. Je sais bien que cette opinion n'est pas générale, et Napoléon III, par exemple, pensait d'autre façon en ouvrant les portes de nos Facultés aux simples bacheliers ès sciences. Le peu de durée de cette expérience permet de penser qu'elle ne fut pas très heureuse et il ne faut pas oublier que c'est à la demande unanime des conseils des Facultés de médecine que le baccalauréat ès-lettres redevint obligatoire pour les futurs docteurs.

Je sais bien qu'à notre époque le développement des sciences et leur vulgarisation imposent aux médecins des connaissances nouvelles qu'ils ne sauraient trouver dans un enseignement exclusivement classique (1).

Mais c'est pour leur permettre d'acquérir ces notions scientifiques indispensables qu'on a créé le P. C. N.

Le juge-t-on insuffisant à remplir son but ; il faut alors le remplacer par tel diplôme que l'on voudra, sans se croire obligé de compenser dans les programmes une augmentation scientifique par une diminution littéraire.

En résumé, le décret du 30 juillet 1899 constitue une menace pour nos intérêts les plus respectables et nous devons protester contre son application. Pour le combattre avec efficacité l'entente entre nos syndicats et nos diverses associations professionnelles est nécessaire.

Il faut que leurs voix unanimes réclament l'abrogation de cette réglementation qui ne peut qu'augmenter prochainement notre encombrement professionnel.

Souhaitons également que le groupe médical parlementaire se décide à présenter et à défendre la loi qui déterminera d'une façon définitive les conditions qu'il convient d'exiger à l'entrée des facultés de médecine.

B. *Question du baccalauréat.*

Cette intervention corporative pourrait aussi jouer un rôle dans le retentissant débat qui s'est ouvert récemment au sujet du baccalauréat. Bien que le sénateur docteur Pozzi l'ait durement qualifié de malfaiteur public, les médecins restent en majorité partisans du traditionnel bachot (2) ; ils le considèrent comme une barrière utilement placée au seuil des carrières libérales, et, sans s'illusionner sur l'étendue de son efficacité, ils en redoutent la suppression comme la menace d'un nouvel encombrement.

Il ne faut pas oublier non plus que diverses modifications ont, ces années dernières, simplifié le baccalauréat et l'ont rendu moins aléatoire (admissibilité acquise, choix laissé au candidat entre plusieurs sujets, livret scolaire, plus grande élasticité de la cote, etc.). Faut-il regretter pour notre profession les élèves débiles qu'un obstacle ainsi adouci arrête encore ?

(1) Lire à ce sujet la judicieuse lettre du Dr Maugue. (*Concours médical*, 1899, n° 36.)

(2) Les docteurs Payelle, Dubar en ont fort bien montré les avantages dans le *Concours*.

C. *Réforme de la loi militaire. Projet de loi Astier.*

Nous avons vu plus haut, le rôle prépondérant qu'a joué la loi militaire actuelle dans l'étiologie de l'encombrement des carrières libérales et de la médecine en particulier. Sur ce point tout le monde est d'accord, et l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889 porte devant l'opinion, la responsabilité première de la crise qui nous occupe. Voici cet article dont nous ne transcrivons que les dispositions ayant trait aux étudiants en médecine :

« En temps de paix, après un an de présence sous les drapeaux, sont envoyés en congé dans leurs foyers, sur leur demande, jusqu'à leur passage dans la réserve :

« ..... Les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir...... le diplôme de docteur en médecine...... le titre d'interne en médecine dans une ville où il existe une faculté de médecine...... »

L'article 24 de la même loi qui fixait à 26 ans le terme où les étudiants devaient présenter à l'autorité militaire, le diplôme de docteur ou le titre d'interne, sous peine d'être rappelés pour 2 ans sous les drapeaux, fut modifié par l'article unique de la loi du 13 juillet 1895, qui prolonge jusqu'à 27 ans le délai qui leur est accordé.

Il importe donc de réclamer la suppression de ce malencontreux article 23 et des faveurs funestes qu'il réservait aux professions libérales. Pouvons-nous espérer obtenir cette suppression? Certes et voici les raisons de notre conviction.

Rappelons d'abord qu'en 1889, au moment de la discussion de la loi du recrutement, l'article 23 rencontra dans le parlement une vive opposition. Il fut même la cause d'un assez long conflit entre la Chambre et le Sénat. La première de ces assemblées, décidée à affirmer le principe de l'égalité absolue de tous les citoyens devant le service militaire, refusa à plusieurs reprises de sanctionner les privilèges qu'établissait l'article 23. Mais le Sénat tint bon ; aux paroles prophétiques de M. Tolain qui prédisait l'abaissement du niveau des études que devait provoquer la nouvelle réglementation, il préféra les arguments de M. Berthelot qui défendait les grands intérêts de la science, et prêchait la nécessité de ne pas en gêner le développement. Finalement la Chambre céda, elle était près du terme de sa législature, en prolongeant son opposition elle s'exposait à perdre les bénéfices d'une législation qu'elle préférait à la précédente, elle vota l'article pour ne pas repousser la loi tout entière (1).

Mais si, il y a onze ans, les partisans de l'article 23 ont pu s'abuser sur ses conséquences, il n'en pourrait plus être de même aujourd'hui. L'expérience est faite, les faits ont parlé. L'abaissement du niveau des études, l'encombrement des carrières libérales, l'abandon de l'agriculture, le statu quo du commerce et de l'industrie, le pullulement des fonctionnaires, voilà les fruits d'une législation qui, par les primes qu'elle donne à certaines carrières, détruit l'équilibre qui doit normalement exister entre les besoins des professions et le nombre de leurs aspirants.

(1) Cf. : *Journal officiel*, 1889, passim, et ASTIER et GOUZY : Le service de 2 ans, p. 7 à 11.

Inspiré par ces considérations, un député dont il faut louer l'initiative heureuse, M. Astier a déposé l'an dernier à la Chambre un projet de loi modifiant les articles 22 et 24 de la loi de 1899 et abrogeant son article 23 (1). La proposition du député de l'Ardèche n'est pas encore venue en discussion, mais son auteur a bien voulu nous écrire qu'il ne l'abandonnait pas et qu'il se proposait « d'insister auprès de la commission de l'armée pour qu'elle l'inscrive à son ordre du jour ».

Une solution est donc imminente. Et bien, notre rôle, à nous médecins, est d'agir, personnellement, par nos syndicats, par nos associations, auprès de nos députés et de nos sénateurs et aussi auprès de ce groupe médical parlementaire qui ne saurait oublier complètement les intérêts d'une corporation à laquelle il appartient. Le succès est à ce prix ; une occasion nous est offerte d'améliorer notre situation et d'assurer notre avenir ; il ne faut pas que nous la laissions échapper. Ferons-nous moins pour notre profession que les étudiants qui, avec un désintéressement méritoire, ont réclamé la suppression du privilège dont ils profitent, et voté le vœu qu'à l'avenir « le service militaire soit le même pour tous, étudiants et ouvriers » (2).

D. *Augmentation du prix des examens.*

Les dépenses universitaires que nécessitent nos 27.080 étudiants sont annuellement de 13.859.500 fr.

« Dans ces dépenses, dit le *Lyon médical* (3), les revenus des universités interviennent pour la somme de 2.093.700 fr., les legs, donations, subventions diverses s'élèvent à une somme globale de 1.511.600 fr. L'Etat paie le reste, soit 10.524.000 ou 370 fr. par étudiant. »

En augmentant le prix des examens et des inscriptions, on diminuerait cette respectable dépense de l'Etat ; ce serait à notre avis, le seul avantage de cette réforme aussi ingénue qu'inégalitaire.

E. *Augmentation de la difficulté des examens.*

Plus efficace et moins injuste que le précédent, ce projet mérite de nous arrêter plus longtemps. Nombreux sont les confrères qui, oublieux des transes ressenties jadis les veilles d'examens, déplorent l'indulgence aimable des professeurs d'aujourd'hui et réclament des jurys farouches prêts aux hécatombes sombres et répétées. Je ne sais si les juges actuels dispensent aux candidats une bienveillance spéciale que ne connaissaient pas leurs devanciers. A dire vrai, j'en doute. Certes, de mon récent passage à la Faculté, j'ai gardé le souvenir de professeurs ou d'agrégés particulièrement habiles à insinuer au candidat dans l'embarras, la réponse convenable à la question imprévue qu'ils avaient inconsidérément posée. Grâce à leur inlassable persévérance à tendre la perche, il fallait, pour ne pas la saisir, y mettre beaucoup de mauvaise volonté. Avec ces Saint-Vincent de Paul des candidats en détresse, un échec n'était pas un accident, c'était presqu'un suicide.

(1) Voir l'exposé des motifs et le texte de ce projet de loi dans le *Concours médical*, n° 28, 1900.
(2) Congrès des étudiants, 1900.
(3) Avril 1900.

Mais tous nos examinateurs n'étaient pas faits du même bois, et l'insondable mansuétude de quelques-uns rendait plus sensible la sévérité de certains autres. Comme nos anciens, et dans la même proportion qu'eux sans doute, nous bénéficions parfois de l'une et nous souffrions tantôt de l'autre.

Pourtant deux conditions nouvelles ont pu influer sur l'état d'âme des examinateurs d'aujourd'hui et les prédisposer à une indulgence inaccoutumée ; ce sont l'accroissement de la population scolaire des facultés et surtout la nouvelle loi militaire.

En se multipliant, les étudiants ont naturellement multiplié les examens. Malgré une mise en série plus dense qui rassemble 8 ou 10 élèves au lieu de 4 comme autrefois, les professeurs voient leur service d'examen augmenter de jour en jour. Il est permis de supposer que certains regrettent, pour leurs travaux ou leur clientèle, les fréquentes et peu intéressantes après-midi passées à interroger des candidats et peut-être est-ce leur désir de réduire autant que possible cette occupation ingrate qui les incline à recevoir certains élèves pour ne pas avoir la corvée de les examiner à nouveau six semaines ou trois mois plus tard (1).

Quant à la nouvelle loi militaire, par son inflexible rigueur envers ceux des étudiants de 27 ans que le diplôme doctoral ne met pas hors de son atteinte, elle a certainement contribué à adoucir la sévérité coutumière à quelques professeurs. Comment, en effet, refuser d'un cœur léger un candidat limite, alors que cet échec le renvoie pour deux ans à la caserne et compromet peut-être définitivement son avenir ? Devant des conséquences aussi graves, tout professeur hésite et ce n'est que malgré lui qu'il peut se résoudre à cet anormal ajournement à 24 mois.

De plus, cette indulgence — dans une certaine mesure justifiée — des examinateurs, pour les jeunes gens pressés par la loi militaire, ne saurait rester limitée à ces candidats ; elle s'étend nécessairement à tous les élèves qui se présentent dans les mêmes séries que ceux-ci. Il est impossible en effet, de recevoir un candidat militaire insuffisant et de refuser son voisin dont les réponses valent mieux, tout en restant médiocres.

Cette influence de la loi militaire sur les jurys est très regrettable. Tant qu'elle se fera sentir, il sera bien difficile d'augmenter la difficulté des examens. Nous pouvons cependant espérer de bons effets de la nouvelle réglementation des examens dont voici les 2 articles importants :

Art. 4. — A chaque épreuve, la durée du délai d'ajournement est de trois mois au premier échec. A chaque nouvel échec, à la même épreuve, cette durée est augmentée de trois mois.

Il ne peut être accordé d'abréviation du délai d'ajournement qu'au premier échec à une épreuve (2).

Art. 5. — Le jugement du jury d'examen s'exprime par les notes suivantes :

Boule blanche............	Très bien.
Boule blanche-rouge......	Bien.
Boule rouge..............	Assez bien.
Boule rouge-noire.........	Médiocre.
Boule noire..............	Mal.

Pour les examens à matière unique, est ajourné tout candidat qui a mérité deux boules noires. Deux rouges-noires équivalent à une boule noire.

Pour les examens à matières multiples, est ajourné tout candidat qui a mérité une boule noire, pour une des matières de l'examen.

Si cette réglementation qui entre en vigueur cette année reste insuffisante, il nous faudra réclamer d'autres réformes, telles que le choix des jurys en dehors du corps enseignant (1), le système allemand de l'enseignement payé directement par l'élève qui choisit lui-même les professeurs dont il rétribue les leçons (2), la fixation d'une limite d'âge au 1er examen, etc. (3).

F. *Prolongation de la durée des études.*

Le promoteur de ce projet fut, croyons-nous, le Dr Jeanne. Il l'a récemment exposé et discuté dans le *Concours Médical* (4). Voici les principaux avantages que son article fait ressortir :

« Il me paraît certain que, d'une façon générale, notre savoir, au bout de cinq années d'études, est insuffisant au point de vue de la pratique. En obstétrique et en gynécologie, en maladies des yeux, du nez, du pharynx, du larynx, de l'oreille, en dermatologie, en syphiligraphie n'existe-t-il pas, dans le bagage du néodiplômé, d'incommensurables lacunes ? Comment en serait-il autrement, quand on songe que l'enseignement officiel de ces matières spéciales vient à peine de naître ?

« .... J'entends bien qu'on va m'objecter le développement nécessaire des frais d'enseignement pour les cours pratiques dont je rêve. Mais pourquoi ne seraient-ils pas aussi payés qu'obligatoirement suivis, comme tant de bons esprits le réclament ? On aurait ainsi, sans bourse délier, autant de professeurs spécialistes que l'on en pourrait désirer.

« D'autres aussi me diront que ces études, déjà coûteuses par leur longueur, le deviendront à l'excès, par le chiffre des leçons à payer. A quoi je réponds que j'utilise sans scrupule ce système protectionniste, certain d'avance qu'il aura toujours un correctif suffisant dans les bourses à délivrer aux sujets, aux étudiants d'élite, aux mieux préparés d'avance que, comme les fils de médecins, la fortune ne prit pas au berceau. »

Ce projet constitue, à notre avis, un des plus sérieux remèdes que l'on ait rêvé d'opposer à notre encombrement. La science médicale s'est singulièrement accrue ces dernières années. La bactériologie, l'hygiène, la médecine légale, l'his-

(1) Pendant l'année scolaire 1898-1899, 9.118 examens ont été passés devant la Faculté de médecine de Paris.

(2) Cet article est-il suffisant ? Un candidat ne devrait plus avoir le droit de se présenter après un certain nombre d'échecs au même examen (4 ou 5 par exemple). A l'heure actuelle, on peut voir des élèves se présenter jusqu'à 5 et 6 fois au même examen dans la même année scolaire ; si, par extraordinaire, ils n'ont pas, cette année-là, le dernier mot dans la lutte de patience qu'ils entament avec leurs juges, ils peuvent recommencer l'année suivante, et l'on ne connaît guère d'exemple ou le candidat n'ait fini par lasser ses examinateurs et vaincre leur résistance.

(1) *Concours*, n° 4, 1900.
(2) *Id.*, n° 46, 1899.
(3) *Id.*, n° 1, 1900.
(4) *Id.*, n° 26 1900.

tologie ont largement augmenté son domaine. La laryngologie, la rhinologie, l'otologie, la syphiligraphie, etc., sortis de leur long état embryonnaire, ne sauraient plus, comme autrefois, être présentées à l'étudiant en quelques courtes leçons. Il est urgent de leur accorder dans les programmes une place suffisante, en rapport avec leur développement et leur importance. Les connaissances nécessaires au médecin augmentant, le temps qui lui est donné pour les acquérir doit nécessairement augmenter (1).

Le grand mérite de la proposition Jeanne réside dans la facilité avec laquelle elle pourrait être réalisée. Il suffirait pour cela d'un simple décret et rien ne s'oppose à ce que nous l'obtenions assez facilement. Il ne léserait en effet aucun intérêt particulier et il ne soulèverait guère d'opposition sérieuse. Les facultés verraient leur importance grandir, de nouvelles chaires seraient créées et les sciences actuellement négligées, qui y seraient enseignées, prendraient nécessairement un essor profitable à tout le monde. Le budget aurait à faire face à quelques dépenses supplémentaires, mais de nouveaux droits d'incriptions et d'examens lui rendraient la besogne facile. Les étudiants verraient, il est vrai, leurs études se prolonger, mais leur savoir augmenterait, ils aborderaient la clientèle avec moins d'appréhension, ils se sentiraient plus préparés à leur tâche future. N'est ce pas suffisant pour leur faire accepter volontiers ce supplément apporté à un heureux temps, à une jeunesse qui passe toujours trop vite et qu'ils regretteront tous plus tard. Quant au public, la proposition du Dr Jeanne ne lui apporterait que des avantages, elle augmenterait ses garanties ; il est certain qu'il l'accueillerait avec faveur (2).

G. Institution d'un stage obligatoire pour les jeunes médecins.

Rapprochons du projet Jeanne celui que le Dr Dumas a chaleureusement défendu cette année dans *l'Echo médical des Cévennes* (no 1). Notre honorable confrère voudrait, lui aussi, prolonger la durée des études, mais il préfère à un supplément de séjour à la faculté, un stage de 8 mois à un an que tout docteur devrait accomplir chez : « un praticien expérimenté et honorablement connu, choisi par l'interessé sur une liste dressée chaque année, par une commission compétente ». Ce stage aurait plusieurs avantages. D'abord il apprendrait au jeune médecin « tout ce qu'on n'apprend pas a l'école, tout ce qui lui manque pour faire un praticien habile » ; ensuite il l'affranchirait de ces angoisses, de ces préoccupations pénibles, de ces soucis, de ces souffrances morales qu'une responsabilité écrasante, à laquelle l'hôpital ne prépare pas, détermine chez tout homme sérieux et honnête débutant dans l'exercice médical ; ajoutons encore que le stage « par d'utiles leçons de choses, enseignerait au jeune confrère tout à la fois à entrer dans le monde et à soigner ses clients et sa clientèle ». Et cela sans grever d'une façon sensible le budget du débutant, car « tout praticien qui serait autorisé à prendre un stagiaire devrait lui assurer le gîte et le couvert et quelques-uns iraient sans doute à la petite indemnité pécuniaire ; et ce serait justice, car le jeune collègue apporterait à la fois aide et considération ».

En résumé, le stage : « serait au moins aussi utile au docteur qu'il l'est au pharmacien pour faire une potion et au jeune avocat pour défendre un citoyen ou.... en attaquer un autre ».

Malgré toutes ses promesses, la proposition du Dr Dumas ne semble guère avoir chance de passer dans la pratique. Les doyens de nos facultés, interviewés à son sujet par le Dr Prieur (1), ont été unanimes à la repousser. MM. Brouardel, Lortet (Lyon), de Lapersonne (Lille), Bordier (Grenoble), Bousquet (Clermont-Ferrand), Malherbe (Nantes) ont fait au stage diverses critiques que nous résumons :

1° Il serait difficile de trouver des praticiens disposés à « traîner un ou plusieurs élèves à leur remorque », à s'embarrasser de cette « théorie de jeunes disciples ».

2° Les malades accepteront-ils cette introduction auprès d'eux d'étrangers dont la présence sera une gêne insupportable pour beaucoup d'entre eux qui n'aiment guère à confier à un autre que leur médecin habituel, leurs maux et leurs misères ?

3° La pratique de la déontologie, la « ligne à suivre dans les rapports avec la justice, ce qui est permis ou défendu par les circulaires, décrets, lois », tout cela peut être appris aussi facilement à la Faculté que chez des praticiens dont l'instruction en ces matières n'est pas toujours complète ni identique.

4° Pas plus que l'hôpital, ou la pratique des remplacements médicaux, le stage n'enlèvera au jeune médecin faisant ses premiers pas dans la carrière, les angoissants soucis d'une responsabilité que l'habitude seule peut lui rendre légers et supportables. L'exercice a du reste vite fait de le débarrasser de cette « émotion inséparable d'un premier début ».

Nos maîtres, on le voit, ne semblent guère disposés à prêter leur appui au projet du Dr Dumas. Mais si notre confrère n'a pas le plaisir de voir ses idées réalisées, il faut lui savoir gré d'avoir montré l'impérieuse nécessité qu'il y a

(1) Le professeur Fournier apprécie ainsi les lacunes qu'une instruction trop hâtive laisse dans l'esprit des jeunes docteurs : « Aux examens de doctorat on se garde d'interroger les élèves sur la syphilis, on craindrait trop de les embarrasser. A l'heure actuelle un médecin qui ne sait rien de la syphilis n'est pas un médecin complet. De ces médecins-là il n'en faut à aucun prix. »

(2) Dans un récent article, M. Jeanne nous apprend que la réforme qu'il préconise va être essayée en Allemagne. La durée des études va y être portée de 8 à 10 semestres, elle s'augmentera en plus d'une année de pratique. (*Concours* n° 41, 1900.) Voilà les idées de notre confrère germanisées, c'est une sérieuse raison pour que notre administration les adopte. Dans le même numéro du *Concours*, le Dr Rieu-Villeneuve (de Bessège) apporte à la proposition Jeanne l'appui d'une argumentation vigoureuse et précise.

Ajoutons encore qu'en Espagne, en Suède et sans doute aussi dans d'autres pays, les études médicales sont plus longues qu'en France. Elles exigent en Espagne 7 ans et 8 en Suède.

En attendant le décret ministériel qui peut seul faire passer dans la pratique le projet Jeanne, nos professeurs et nos doyens pourraient, par leur seule initiative, arriver à cette prolongation des études. que la plupart d'entre eux juge désirable. Il leur suffirait de ne plus autoriser d'impression de thèse que 6 mois ou un an après le dernier examen.

(1) *France médicale*, 10 février 1900.

à développer l'éducation professionnelle du médecin.

Cette nécessité tout le monde la reconnaît, et c'est pour y remédier que les Drs Coutand (de Saumur) et Surbled (de Paris) ont cherché à modifier et à rendre plus pratique le projet Dumas.

Le premier demande l'obligation pour tous les médecins « de faire un stage d'un an au moins dans les hôpitaux, après le doctorat, au lieu et place des internes » (1).

Le second propose d'« exiger un stage de 5 ans soit dans les postes ruraux, soit dans les fonctions administratives (bureaux de bienfaisance, ambulances urbaines, inspection des manufactures, des asiles, des écoles, des nourrissons, consultations des dispensaires, etc..., soit dans des postes spéciaux (assistants de chirurgie, remplacements, surveillants de malades » (2).

Ces projets ne nous paraissent guère praticables. Celui du Dr Surbled est certes radical, mais il semble bien attentatoire à la liberté individuelle. Notre confrère ne nous dit pas qui ferait vivre ces collègues auxquels il assigne pendant 5 ans des services honorifiques, mais peu rémunérateurs.

On peut aussi se demander quelle est la puissance qui aurait l'autorité de répartir les jeunes médecins dans ces postes si divers et si inégaux.

Quant à l'idée du Dr Coutand, la suppression de l'internat en rend la réalisation trop problématique.

H. — Réglementation de l'exercice de la médecine pour les étrangers.

Depuis longtemps les médecins français se préoccupent des moyens propres à remédier à la concurrence trop souvent déloyale que leur font les médecins étrangers. Déjà en 1845 le congrès de médecine professionnelle retentit de longues et intéressantes discussions sur ce sujet. A l'heure actuelle l'intérêt de cette question est plus grand que jamais. Les médecins étrangers sont de plus en plus nombreux ; nous avons vu pour quelle part importante ils contribuaient à notre encombrement.

Le Dr Hervé a récemment traité le sujet d'une façon telle que nous ne saurions mieux faire que de lui emprunter ces lignes : « Sans doute, il est bon, pour la renommée de nos facultés de médecine, de favoriser l'admission des étrangers aux cours de nos professeurs, aux cliniques de nos hôpitaux, de les autoriser même à subir nos examens. Mais nous avons un moyen bien simple de restreindre le nombre de ceux qui prétendent à exercer en France : c'est de leur appliquer la loi commune, et d'exiger d'eux, comme des candidats français, le titre de bachelier ès-lettres. En l'absence de ce grade, que bien peu chercheront à conquérir, il ne saurait exister, pour eux, qu'un diplôme scientifique, qui ne leur donnera aucun droit à la patente. Mais, direz-vous, c'est fait ; la circulaire Rambaud en a décidé ainsi ; sans doute, mais le grand tort du décret Raimbaud a été la restriction apportée à son exécution. Il faudra laisser se caser tous les étudiants qui étaient en cours d'études à la date de sa promulgation et aussi ceux que, par faiblesse, on a admis au même titre depuis cette date. Aujourd'hui le mal est fait. Nous pouvons encore y remédier partiellement, en pratiquant vis-à-vis d'eux la loi commune. Il y a quelque part dans le code français, un article qui déclare que nul ne peut être admis à exercer des fonctions publiques, s'il n'est français ou naturalisé français. A la faveur de cet article, nos confrères ont obtenu dans certains départements, à Alger, dans la Sarthe et dans le Loiret, qu'aucun médecin de nationalité étrangère ne fût pourvu d'une fonction rétribuée par les communes, les départements, ou l'Etat. C'est l'exclusion de l'assistance médicale, du service de la protection des enfants assistés, des services hospitaliers, des subventions communales, là où elles existent. Mais, à l'heure actuelle, cette mesure dépend du bon plaisir d'un préfet. Elle sera, dans chaque département, appliquée ou rejetée, selon que le préfet y verra un intérêt ou une difficulté politique. Le décret nécessaire doit partir de plus haut, émaner du ministère et être généralisé à toute la France.

Quant à la naturalisation, je voudrais qu'elle ne fût accordée qu'à ceux qui ont déjà fait acte de citoyen français ; et le meilleur gage qu'on puisse demander, c'est l'accomplissement du service militaire, tel qu'il nous est imposé. La naturalisation imposerait le service militaire actif et les différentes périodes d'instruction que nous avons à accomplir. »

Dans son rapport au Congrès de Déontologie, le Dr Salomon a adopté les idées du Dr Hervé et les a résumées dans les conclusions suivantes auxquelles nous nous rallions volontiers :

Obligation pour les étrangers d'accomplir sans équivalence toutes les obligations de scolarité imposées aux étudiants français.

Nécessité de la naturalisation pour occuper des fonctions publiques. Plus grandes circonspection et sévérité dans l'admission des étrangers à la naturalisation.

Obligation pour tous les naturalisés de remplir d'une façon effective les obligations du service militaire imposées aux étudiants français.

I. — Limitation du nombre des médecins.

Ce serait une mesure héroïque, indiscutablement propre à supprimer dans l'avenir la crise dont souffre actuellement le corps médical. Elle constituerait sans aucun doute le remède spécifique de l'encombrement. Mais son application soulève de bien grosses difficultés ; la limitation, en effet, touche à cette liberté individuelle dont notre temps est si jaloux, à cette indépendance qui semble si précieuse à la plupart de nos confrères ; elle tend à rétablir un de ces privilèges corporatifs qui sont en ce siècle si peu en faveur auprès de l'opinion publique. Ce sont là des raisons bien sérieuses, elles nous font douter de l'avenir d'une proposition, applicable par un gouvernement absolu (1) ou encore par certains systèmes socialistes, tel que le marxisme par exemple, mais incompatible avec les principes qui inspirent la plupart des gouvernements actuels.

(1) *Concours médical*, n° 7, 1900.
(2) *Concours*, n° 7, 1900.

(1) En Russie le ministre de l'Instruction vient de limiter le nombre des étudiants que les différentes facultés seront autorisées à recevoir. — Ce décret fixe à 1095 les étudiants en médecine de 1re année, pour tout l'empire russe ; abstraction faite des élèves des écoles de santé militaires. *Concours*, n° 9, 1900.

Mais cette appréciation personnelle ne doit pas nous empêcher d'entrer plus avant dans la discussion d'une question qui a suscité de nombreuses polémiques depuis que le Dr Duchesne (de Ferrière) l'a tirée du long oubli où elle sommeillait (1). Notre honorable confrère s'est fait l'avocat de la limitation, il la considère comme le seul moyen d'améliorer notre sort et de redresser les injustices de la société à notre égard. Pour arriver à cette limitation il reconnaît qu'il serait difficile de « faire une enquête approfondie et minutieuse sur les ressources des différentes localités, et de proportionner le nombre de médecins ayant le droit d'exercer dans chacune d'elles aux ressources qu'elle offre ». Il avoue aussi l'impossibilité qu'il y aurait « pour descendre au maximum de praticiens fixé par la loi, de procéder par voie d'extinction au décès ou à la retraite de ceux qui représenteraient l'excès ». Ces difficultés d'application n'arrêtent pas notre confrère, il pense les tourner en préconisant de « transformer le 1er examen de doctorat en concours d'admission aux Facultés et Ecoles de médecine ». Le nombre de ces admissions dépendra de celui des praticiens, ayant cessé d'exercer pendant l'année par décès, retraite, etc.

Voici du reste les 2 projets dans lesquels le Dr Duchesne résume son intéressant article.

1er *Projet.*

Art. I. — Nul ne peut être admis à prendre ses inscriptions dans une Faculté ou dans une Ecole de médecine s'il n'a subi un examen portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, après une année scolaire passée dans une Faculté de sciences.

Art. III. — Pour subir cet examen, les candidats doivent être Français on naturalisés, âgés d'au moins 18 ans et d'au plus 21 ans. Toutefois la faculté de prendre part à cet examen sera accordée aux candidats, pour la session qui suivra immédiatement l'accomplissement de la 21e année.

Art. IV. — Sont dispensés de la limite d'âge les Français ou étrangers qui n'aspirent qu'au diplôme honoraire de Docteur en médecine ne donnant pas le droit d'exercer sur le territoire.

2e *Projet.* Art. 1.

Le 31 décembre de chaque année, le ministre de l'instruction publique fait faire le relevé des médecins ayant cessé d'exercer pendant l'année écoulée et arrête le nombre des jeunes gens qui seront admis à prendre leurs inscriptions pour le doctorat en médecine dans les facultés et écoles de médecine du territoire.

Ces idées du Dr Duchesne plurent à certains confrères qui les adoptèrent avec enthousiasme. Citons le Dr Guillon (de la Tremblade) et le Dr Boyer (de Bordeaux) qui a proposé un projet de décret trop voisin de celui du Dr Duchesne pour que nous le rapportions ici (2).

Mais la limitation n'a pas que des laudateurs, elle a aussi ses adversaires convaincus et irréductibles. Le Dr Hervé a rassemblé leurs arguments dans une réponse au Dr Duchesne qu'il faut citer sans l'affaiblir d'inutiles commentaires :

« Tout d'abord, au point de vue du droit, l'Etat peut-il pratiquer cette limitation ? De ce qu'il nous a conféré un diplôme, est-il tenu à nous assurer les moyens d'existence que nous avons escomptés en recherchant le titre ? N'oublions pas que le titre de docteur en médecine est un titre purement scientifique, qui ne nous oblige nullement à pratiquer l'art de la médecine. Si l'Etat, poussé par le souci de la conservation de chacun des membres qui composent la collectivité, a créé, en notre faveur, le monopole du droit de soigner, nous ne devons pas en conclure qu'il est tenu, envers nous, à une protection assidue. A ce compte, tous les diplômés sortant des Ecoles gouvernementales, polytechnique, centrale, les licenciés, les bacheliers même seraient autorisés à invoquer la responsabilité de l'Etat, et à lui demander la consécration matérielle de l'obtention du diplôme, sous forme d'un traitement annuel. « Nous voici en plein collectivisme, du même coup fonctionnarisés. J'espère que la grande majorité du corps médical français est encore loin de cet idéal.

« Et si nous examinons maintenant cette solution dans la pratique, que de difficultés ! Comment fixer le nombre des médecins proportionnellement au nombre d'habitants ? Il y a des régions où l'on se soigne moins, d'autres où le nombre des malades est plus grand ; ici l'hygiène est meilleure ; ailleurs la population plus disséminée. Autant de facteurs qui rendent impossible la fixation du chiffre des médecins, proportionnellement au nombre d'habitants. Sans compter qu'il faudra du coup imposer, à la clientèle, la confiance obligatoire au médecin qui lui sera octroyé. Fâcheuse conception de la liberté, où l'Etat, pour protéger une catégorie de citoyens, est obligé de sacrifier l'intérêt général.

« C'est aussi parce que je trouve attentatoire à la liberté, la fixation d'une limite d'âge, que j'écarte cette proposition. Quant au diplôme scientifique, proposé en guise de compensation, et qui ne donnerait pas le droit de pratiquer la médecine, je vois les tribunaux bien désarmés, lorsqu'ils seront appelés à juger un cas d'exercice illégal, appuyé sur cette seule considération que le délinquant était âgé de 21 ans et 6 mois au début de ses études. »

Après cette brillante plaidoirie il semble bien que la limitation soit condamnée : Ajoutons simplement la résolution suivante adoptée sans discussion par le Congrès de 1845 sur le rapport de sa 9e commission :

La commission a décidé que le principe d'une limitation quelconque, dans l'exercice d'une profession libérale, était en opposition absolue avec nos mœurs et nos institutions (1).

J. *Enseignement de la Déontologie.*

La pratique de la déontologie rendrait plus supportable un mal qu'elle ne saurait supprimer. Tout en pensant que les scandaleuses pratiques et les vilains procédés dont nous avons plus haut cité quelques exemples, sont le plus souvent les fruits d'une misère déprimante et injuste, nous croyons fermement que l'enseigne-

(1) *Concours médical*, n° 1, 1900.
(2) On le trouvera dans le *Répertoire de Méd. et de Chirurgie*, n° 6, 1900.

(1) *Gazette des hôp.*, 13 novembre 1845, p. 550.

ment, dans les Facultés, des droits et des devoirs des médecins rendrait moins fréquents ces actes qui disqualifient celui qui les commet et discréditent la profession.

Aussi approuvons-nous la vigoureuse campagne que M. le Professeur Grasset a entreprise, pour provoquer la création de cet enseignement déontologique officiel (1). Remercions aussi de leur généreuse initiative, deux membres du *Concours*, MM. les Drs Le Gendre et G. Lepage, qui ont organisé l'hiver dernier, avec un plein succès, un enseignement libre de déontologie, qu'ils se proposent, croyons-nous, de continuer cette année.

II. Mesures propres a améliorer la situation actuelle des médecins.

Les idées que nous avons, jusqu'ici, reproduites et discutées sont certainement susceptibles d'améliorer la mauvaise fortune des médecins ; mais leurs bienfaits sont à longue échéance, ils ne se manifesteront que dans un avenir nécessairement assez lointain. Voyons maintenant ce qu'on pourrait faire pour le praticien qu'une défavorable étoile a fait exercer dans notre mauvaise saison. Pour soulager sa gêne, pour secourir son trop maigre budget, il faut ou diminuer ses dépenses ou augmenter ses recettes. Les moyens de parvenir à la première de ces alternatives sont rares et précaires, ils ne nous retiendront pas longtemps ; ceux qui tendent à accroître les ressources médicales sont plus sérieux et plus dignes d'attention.

Diminution des impôts, de la patente, etc.

Sur la proposition du Syndicat de Caen, l'Union des syndicats avait adopté le 25 octobre 1898, le vœu suivant :

1° Que la patente médicale, fixée au quinzième de la valeur locative, ne frappe que les locaux servant à l'exercice de la médecine ;

2° Que les locaux destinés au logement des femmes et des enfants ne soient pas soumis à la même taxe ;

3° Que les chevaux et voitures servant à l'exercice de la profession soient taxés comme instruments de travail et non de luxe.

Grâce à l'intervention d'un de nos confrères députés, le 3e paragraphe de ce vœu vient d'être réalisé. M. le Dr Dron, député de Tourcoing, a en effet fait adopter pour 1900 un amendement à la loi de finances qui réduit de moitié la taxe établie par la loi du 23 juillet 1872 sur nos chevaux et nos voitures.

Cet amendement dégrève le corps médical de plusieurs centaines de mille francs.

La bienfaisante intervention du Dr Dron rend plus sensible l'habituel oubli dont les députés médecins font le plus souvent preuve pour les intérêts de leur ancienne profession. Mais sans dédaigner les réformes qu'ils pourraient provoquer, dans le même ordre d'idées, il faut avouer que l'importance de ces réformes est secondaire et qu'elles seraient insuffisantes à faire cesser la crise dont le corps médical se plaint justement.

(1) En attendant la création de cet enseignement dont M. Grasset a tracé le programme (*Médecine moderne*, nos 53, 55, 57, 1900), certains syndicats ont élaboré des codes déontologiques à l'usage de leurs membres. Voir celui du Syndicat du Loiret dans le *Concours*, n°14, 1899.

Œuvres d'assistance et de prévoyance médicale.

L'étude de ces œuvres sort du cadre de ce travail. Du reste, le lumineux rapport du Dr Lande (1) a épuisé le sujet. Disons seulement que si ces œuvres ne suppriment pas pour le praticien les injustices de son sort, elles les atténuent et les rendent plus supportables. Elles assurent le médecin et sa famille contre les maladies, la vieillesse et la mort. Tout confrère devrait comprendre les avantages qu'elles lui offrent et leur demander des garanties que seules elles peuvent lui procurer. Pourquoi n'en est-il pas ainsi ?

Relèvement des honoraires.

Nous avons constaté l'abaissement de la rémunération médicale que l'exploitation éhontée des mutuelles, des assurances, des villes, des départements, etc., réduit encore chaque jour. Or, même si cette rémunération s'était maintenue au taux d'autrefois, le relèvement que nous en réclamons serait encore justifié. En effet, la valeur de l'argent baisse chaque année; en 50 ans elle a diminué de 50 % et pendant ce temps « le prix des denrées a augmenté de 30 à 40 % ; des besoins nouveaux d'hygiène, de bien-être et de confort se sont multipliés par la science, l'industrie, les grands magasins et les voyages.... Or pendant que tout haussait autour d'eux, les salaires ne haussaient pas..... Actuellement les professions libérales rapportent moins que les professions manuelles et elles ont coûté des frais d'établissement dix fois plus élevés.

« Si les professions libérales étaient un privilège des classes riches, le mal ne serait pas grand, mais, ouvertes au pauvre, comme elles le sont, il faut qu'elles nourrissent leurs hommes ou elles en font un prolétaire parfois plus malheureux que le prolétaire du magasin ou de l'usine (2). »

Il est donc nécessaire que nous obtenions le relèvement de nos honoraires ; le moyen d'y parvenir existe, nos confrères de différents départements l'ont essayé et en ont montré l'efficacité. C'est celui que les médecins de la Gironde, des Côtes-du-Nord, etc., ont mis en pratique pour triompher de certaines mauvaises volontés et faire cesser certaines exploitations. En faisant adopter par leur Conseil général le tarif qu'ils avaient dressé, nos confrères girondins nous ont montré une voie féconde. Prenons-la avec eux ; l'union confraternelle et l'action par les syndicats nous donneront bientôt d'autres victoires.

Augmentation des revenus médicaux.

Les médecins eux-mêmes ont leur part de responsabilité dans la crise dont ils se plaignent. Trop d'entre eux, loin de défendre leur privilège, en abandonnent chaque jour une partie à des aides extra-médicaux (masseurs, panseurs, infirmiers, garde-malades, etc.). Ce faisant, ils causent à notre corporation un double tort ; d'abord ils la privent d'une source de revenus qui lui appartient, ensuite ils lui préparent une concurrence en introduisant près des malades des gens qui se livrent presque tous à l'exercice illégal. Il est temps de ne plus favori-

(1) Congrès de déontologie, 1900.
(2) H. Bérenger. — *Revue des Revues*, n° 2, 1898, p. 141.

ser nos parasites ; défendons notre monopole, ne laissons plus entamer notre patrimoine. A cette époque difficile pour le praticien, il ne doit négliger aucune ressource ; s'il n'a pas le temps de poser des ventouses, de renouveler un pansement, de faire un massage ou une injection hypodermique, qu'il confie cette besogne à un jeune confrère dont il aura au préalable éprouvé la loyauté (1).

Le Dr Baumann a récemment exposé dans le *Concours* un nouveau moyen d'augmenter les revenus médicaux. Ce moyen consisterait à autoriser le médecin à vendre lui-même les médicaments qu'il prescrit. Notre honorable confrère appuie sa proposition sur de très habiles raisonnements, mais il omet de nous renseigner sur les moyens de la réaliser. Cela nous semble difficile, disons même impossible, et nous empêche de discuter à fond l'intéressant projet du Dr Baumann.

Repression de l'exercice illégal.

Actuellement, nous sommes protégés contre l'exercice illégal par la loi du 30 novembre 1892. Cette loi présente un gros inconvénient. Elle n'est pas assez explicite sur ce qu'il faut entendre par exercice illégal de la médecine ; elle manque d'une définition précise de cet exercice. C'est cette lacune qui permet souvent aux masseurs, aux électriciens, aux empiriques de toute espèce de se tirer indemnes des procès que nous leur intentons.

Pour compléter la loi et la rendre efficace, il faudrait poursuivre la réalisation des desiderata suivants que le Dr Salomon a présenté au Congrès de 1900 :

1° Réclamer du parlement de compléter la loi sur l'exercice de la médecine, par l'addition d'articles visant la répression de l'exercice illégal, la pratique des magnétiseurs et somnambules, le massage sans ordonnance et enfin les agissements de tous les guérisseurs non diplômés, avec ou sans emploi de médicaments ou d'instruments de chirurgie.

2° Demander la réglementation de la vente des produits pharmaceutiques ; en particulier, faire introduire dans la loi sur l'exercice de la pharmacie l'article suivant : « le pharmacien ne pourra rien vendre sans ordonnance, néanmoins une liste de substances inertes qu'il pourra livrer au public sera dressée. »

3° La vente des spécialités sans ordonnance sera expressément prohibée.

On pourrait peut-être compléter les dispositions précédentes en demandant, ainsi que l'avait fait le Congrès de 1845, qu'à l'avenir le traitement des malades dirigé par des personnes étrangères à la médecine, mais dont les ordonnances sont signées par un docteur, soit considéré comme exercice illégal avec complicité d'un médecin.

En général, nous sommes assez sceptiques sur les bonnes dispositions des pouvoirs publics à notre égard et nous n'espérons guère en leur concours pour améliorer notre situation. Cependant nous croyons qu'il ne nous faudrait qu'un peu d'insistance pour amener nos législateurs à prendre en considération les conclusions du Dr Salomon. Sans doute ils les amenderont, les modifieront, les rendront moins favorables à nos intérêts. Mais ils ne sauraient rester inertes en face d'une proposition qui n'est pas seulement une œuvre de défense professionnelle, mais qui est surtout une œuvre de salubrité publique. Dans cette question de l'exercice illégal les intérêts des médecins et ceux du public sont inséparables. Nos législateurs se désintéressent le plus souvent des premiers, ils ne sauraient jamais abandonner les autres.

A cette heure où la science triomphe et dissipe une à une les antiques superstitions, l'exercice de la médecine par des gens qui ne l'ont pas étudiée constitue un défi au savoir, une bravade à l'intelligence, une négation intolérable du progrès.

Mais si, trompant notre attente, les pouvoirs publics se dérobent à leurs devoirs d'instructeurs et de protecteurs du peuple, il ne s'ensuit pas que nous devrions imiter leur exemple et rester inactifs. La législation actuelle ne nous arme pas suffisamment, c'est vrai, mais elle ne nous laisse pas sans défense. Par son article 13 elle nous permet l'offensive contre les parasites de notre profession. Il faut approuver le Dr Descoust de nous l'avoir rappelé et de nous avoir tracé un excellent plan de campagne dans les trois paragraphes suivants :

1° L'article 13 de la loi de 1892, en accordant aux docteurs en médecine le droit de se constituer en Associations syndicales pour la défense de leurs intérêts professionnels, leur a indiqué la voie à suivre pour se défendre contre l'exercice illégal de la médecine.

2° C'est donc aux associations syndicales, heureusement substituées aux individualités syndiquées ou non qu'il appartient de poursuivre devant la juridiction compétente tous ceux qui exercent illégalement la médecine.

3° Pour subvenir aux dépenses occasionnées par les nombreuses poursuites à faire, il est absolument nécessaire de créer des caisses de défense professionnelle alimentées par des cotisations spéciales, proportionnelles aux exigences de la lutte et uniquement consacrées à cet usage.

A ces moyens de défense, ajoutons en un autre. Il y a quelques mois le parlement a voté une loi qui interdit les annonces qualifiées de sportives qui remplissaient les journaux de leurs perspectives dorées. Il n'est plus possible maintenant de faire insérer la promesse d'un gain de 100 fr. par jour facilement obtenu en jouant aux courses suivant la méthode X, méthode qui ne coûte que 20 fr. La loi qui mit un terme à cette exploitation fut unanimement applaudie. Eh bien, il faut réclamer une loi semblable contre les fallacieuses et dangereuses promesses des guérisseurs d'occasion. Il ne faut plus que l'exercice illégal puisse impudemment s'annoncer dans tous les journaux, s'afficher sur tous les murs, s'imprimer sur tous les prospectus. Défendre le porte-monnaie du peuple est bien, défendre sa santé serait mieux.

Attribution exclusive aux médecins des places ou emplois qui demandent des connaissances médicales.

Cette mesure n'aurait sans doute qu'un intérêt secondaire, elle ne ferait que soulager un-

(1) Cf. Lacaille. — Société médicale du IXe arrondissement, décembre 1899.

peu notre pléthore professionnelle. Cependant nous aurions tort de la négliger.

Les inspecteurs des enfants assistés ne devraient-ils pas, par exemple, être exclusivement recrutés dans le corps médical. Quelques confrères accepteraient volontiers ces fonctions administratives qu'ils sont plus que tout autre qualifiés pour occuper. Sur l'initiative des Drs Toussaint et Hervé la commission de revision de la loi Roussel a résolu de demander aux chambres d'attribuer aux médecins cette inspection de l'enfance assistée (1). Espérons que M. le professeur sénateur Labbé saura nous faire accorder une aussi juste requête.

Suppression de l'hospitalisation des malades non indigents.

Sur la nécessité de faire cesser l'abus de l'admission hospitalière des riches, tout le monde est d'accord ; sur les moyens d'y parvenir, les avis sont partagés :

1° Les uns voudraient que les admissions soient délivrées par les seuls médecins des bureaux de bienfaisance. Ceux-ci n'enverraient à l'hôpital « que les malades qu'ils soignent, c'est-à-dire les clients des bureaux de bienfaisance, les vraies pauvres en un mot » (2).

2° Les autres demandent : « la suppression des maisons de santé de l'assistance demi-payantes, et demi-gratuites qui n'aboutissent qu'à l'avilissement des honoraires... Tous les moyens, disent-ils, seront employés pour écarter de tout hôpital et de tout établissement de secours gratuits, les malades pouvant payer (affiches, enquêtes, etc.). — Les médecins n'hésiteront pas à refuser leurs soins à ceux qui ne méritent pas de les avoir gratuitement. Des amendes et même des emprisonnements pourraient punir le délit de fraude en ces matières. Indépendamment de la pénalité, le malade devrait payer tous les frais occasionnés par ses soins s'il est convaincu de mensonge » (3).

3° Certains confrères enfin s'accommoderaient de la présence, dans les hôpitaux, des malades aisés, à la condition qu'ils rétribuent les médecins qui les soignent. Personnellement nous ne sommes pas partisan de faire payer au malade aisé des honoraires pour les soins médicaux qu'il reçoit à l'hôpital. Cette mesure ne pourrait amener que des abus de la part :

a) De l'administration qui résisterait mal à la tentation de réduire la place réservée au pauvre pour augmenter celle des malades qui lui apporteraient l'argent dont elle est toujours avide ;

b) Des malades payants qui croiraient acquérir par leur rétribution le droit à l'hôpital et y afflueraient de plus en plus au détriment des indigents et du corps médical.

On voit que la question est complexe et difficile. Pourtant il nous semble quelle pourrait être résolue par les propositions suivantes :

1° L'hôpital est le domaine du pauvre, la possession exclusive de l'indigent ; c'est un principe indiscutablement établi par les lois, les décrets, les circulaires ministérielles, etc. (1).

2° Pour faire respecter ce principe, il faut, avant d'admettre un malade à l'hôpital, constater qu'il a vraiment droit aux soins gratuits. Le malade qui sollicite son admission devra donc présenter une carte personnelle constatant qu'il figure sur la liste des ayants-droit à l'hôpital. Cette liste sera dressée chaque année par les mairies, elle comprendra les habitants inscrits au bureau de bienfaisance, à l'assistance médicale, et après enquête ceux qui demanderont leur inscription.

3° Certains malades pourront être hospitalisés sans avoir besoin de figurer sur cette liste. Ces malades seront ceux qui sont atteints de maladies contagieuses, qui sont de passage dans une commune où ils n'ont pas de domicile qui ont besoin d'une opération grave « qu'il est impossible de faire dans des conditions satisfaisantes, soit à domicile, soit dans une maison de santé » (2).

4° Les chambres et les salles payantes dans les hôpitaux sont supprimées. L'assistance publique ne doit ses soins qu'aux indigents. C'est à l'initiative privée d'hospitaliser, s'ils le désirent, les malades aisés ou riches.

III. Moyens dont disposent les médecins pour parvenir a la réalisation des mesures susceptibles d'améliorer les conditions actuelles de leur profession.

Pour guérir un malade, il ne suffit pas de lui indiquer les remèdes capables de soulager ses souffrances ; s'il ne peut se procurer ces remèdes, mieux vaut le laisser dans son état, sans faire miroiter à ses yeux le mirage d'une guérison dont les moyens lui sont inaccessibles. Examinons donc si les projets que nous avons étudiés sont réalisables et comment nous pourrons arriver à leur réalisation.

Par son initiative personnelle, le médecin est impuissant à défendre utilement les intérêts de sa profession ; c'est là un fait acquis et indiscutable. Quand le praticien isolé a appris à son entourage la « duperie démocratique des professions libérales accessibles au peuple », quand il a engagé la presse médicale à s'occuper davantage de nos intérêts professionnels, quand il a indiqué à ses représentants les moyens d'améliorer le sort injuste des médecins, quand il a donné à ses confrères l'exemple de sa probité professionnelle, il a fait tout ce qu'il est en son pouvoir de faire, pour la défense et l'amélioration des intérêts généraux de la famille médicale.

Les résultats de cette propagande individuelle sont insuffisants, il ne faut pas les dédaigner, mais il est nécessaire de les compléter.

Pour cela il n'est qu'un moyen, c'est l'association des médecins et le groupement de leurs efforts.

(1) Pour cette place, comme pour les autres, il faut faire appliquer l'article du code qui exclut les étrangers des fonctions publiques.
(2) Dorizon, Rapport au Congrès, 1900.
(3) Thierry, Rapport au Congrès, 1900.

(1) Circulaire du ministre de l'intérieur, 1840. — Préambule de la constitution de 1848. Loi du 3 août 1851, du 15 juillet 1891. Résolution du Conseil supérieur de l'assistance publique du 16 mai 1899, etc. Cf. Rolland, — Société médicale de la Haute-Garonne, 4 mars 1900.
(2) Résolution du Conseil supérieur de l'assistance publique.

Mais si tout le monde est d'accord sur la nécessité de cette union, les avis diffèrent sur la nature du lien qu'il convient d'employer pour y parvenir.

Associations d'honneur.

De temps à autre, quelque confrère, que la fréquentation des classiques console de celle des clients, relit le fameux serment d'Hippocrate, et, déplorant sa désuétude, rêve de sa réinstitution (1).

Mais il faudrait moderniser l'antique formule un peu fatiguée, et Apollon médecin, Asclepios, Hygie, Panacée ne sont peut-être plus très désignés pour recevoir nos vœux. La médecine moderne, hélas, a perdu jusqu'à ses dieux (2).

Mais l'idée de rétablir un lien moral et solennel entre les médecins, subsiste et on la retrouve, habillée à la moderne, dans les projets que les Drs Delvaille (de Bayonne) et Pailhas (d'Albi) ont communiqué au *Concours médical* (3). Ils préconisent la création d' « associations d'honneur professionnel dont les membres, rassemblés d'abord par sympathie et estime réciproque, ensuite par le désir partagé de se prévenir solidairement contre les difficultés professionnelles de toutes sortes, s'obligeraient par un engagement d'honneur à mettre en pratique... les devoirs inscrits dans la conscience de chacun d'eux ».

L'exclusion de cette association constituerait l'unique sanction aux manquements graves et volontaires à ces engagements d'honneur.

En France, la voix du docteur Pailhas ne semble pas avoir trouvé beaucoup d'écho ; mais en Prusse, l'an dernier, la Chambre des députés a discuté en première lecture un projet qui ne manque pas d'analogie avec celui que proposait notre confrère.

Voici, d'après la *Presse médicale*, les principales dispositions de ce projet présenté par le gouvernement et appuyé par les deux tiers des Chambres de médecin existant dans le royaume.

« Il serait créé un tribunal par chaque chambre de médecins (cercle régional) et un seul tribunal d'appel pour toute la Prusse. Chaque tribunal ordinaire se compose du Président et de trois membres de la chambre des médecins, assistés d'un cinquième juge appartenant à l'ordre judiciaire. Tous les médecins, civils ou non, appointés ou commissionnés par le gouvernement, sont justiciables de cette juridiction et leur témoignage est obligatoire, sous peine d'une amende pouvant s'élever à 300 marks. Ces tribunaux se prononcent sur les manquements au devoir professionnel, à l'honneur et à la dignité médicale. Les pénalités dont ils disposent sont l'avertissement, la reprimande, des amendes pouvant s'élever jusqu'à 300 marks, la suspension ou le retrait du droit de vote et de l'éligibilité, pour les chambres de médecins. — L'enquête sur les litiges et les plaintes est faite par le juge adjoint aux médecins du tribunal. — La majorité simple de voix suffit pour un jugement favorable au médecin prévenu, une condamnation doit réunir les quatre cinquièmes des suffrages. Le condamné a quatre semaines pour en appeler au tribunal supérieur, composé de cinq membres désignés par le Roi et choisis en dehors des fonctions médicales, civiles ou militaires (1). »

Par l'idée directrice, par le but poursuivi, ce projet est cousin de celui du Dr Pailhas, mais c'est un cousin.... germain. L'obligation et les pénalités matérielles ont remplacé la liberté et la sanction purement morale. Moins méthodiques et moins rigoureusement disciplinés que nos confrères prussiens, accepterions-nous une législation aussi draconienne, et la défense de notre profession exige-t-elle une transformation aussi radicale de notre exercice et de nos mœurs traditionnelles ?

Bon nombre de confrères répondent par l'affirmative en réclamant l'institution de l'Ordre des médecins.

Ordre des médecins.

Cette conception n'est pas très neuve ; en 1845 un Congrès de 4.000 médecins la prit en considération ; depuis, nos chroniqueurs médicaux en ont souvent tiré la matière de copieux développements et de brillantes variations. Aussi me contenterai-je sans prétendre à l'inédit, de résumer des opinions familières à presque tous les praticiens.

Un mot d'abord sur l'organisation et le fonctionnement de l'ordre tels qu'ils sont généralement proposés, sauf quelques variantes de détails :

Tous les médecins civils exerçant en France sont justiciables de l'ordre dont ils font obligatoirement partie.

Il y a un conseil de l'ordre par département (ou par arrondissement).

Les membres de ce conseil, nommés à l'élection, sont investis par l'Etat du droit :

1° de juger les médecins du département ayant failli à l'honneur professionnel ou ayant commis des fautes graves dans l'exercice de leur carrière ;

2° de se prononcer dans les différends entre médecins et clients ;

3° de se préoccuper des intérêts matériels et moraux de la corporation médicale.

Ce conseil dispose pour sanctionner ses décisions de différentes pénalités : avertissement, blâme, amende, suspension temporaire, exclusion.

Le jugement prononcé par le Conseil départemental peut être porté en Appel devant un Conseil supérieur (régional ou national) qui se prononce en dernier ressort.

Tel serait l'ordre en ses grandes lignes. Ecoutons ses partisans en vanter les avantages. En

(1) Cf. pour le texte du serment d'Hippocrate : Dechambre. Le médecin, p. 18.

(2) A la faculté de Montpellier l'habitude s'est perpétuée d'un serment semblable à celui d'Hippocrate. Au milieu d'un décorum impressionnant, le jeune docteur qui va quitter l'école jure « au nom de l'Etre suprême et devant l'effigie d'Hippocrate d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine ». Nos confrères du Languedoc apprécient-ils les avantages de ce solennel engagement?

(3) N° 1, 1900

(1) En Autriche fonctionnent depuis 1891 des chambres médicales dont la constitution et les attributions sont à peu près identiques à celles des futures chambres médicales prussiennes. Les espérances que nos confrères Autrichiens avaient fondé sur cette institution ne semblent pas s'être jusqu'à présent réalisées. Cf. Adler, rapport au Congrès, 26 juillet 1900.

exigeant de tous les médecins l'observation d'un code déontologique, l'ordre relèverait à la fois leur niveau moral et leur prestige sur le client. Réunissant le Corps médical entier, il aurait assez d'influence pour faire cesser l'exploitation éhontée du médecin à laquelle se livrent les Compagnies d'Assurances, les Sociétés de Secours mutuels et l'État lui-même. « L'autorité d'une Haute Cour de justice médicale protégerait efficacement contre la justice civile le médecin accusé à tort ou à raison d'une faute lourde dans l'exercice de sa profession ou même d'un acte criminel. Elle saurait réfréner des juges trop prompts à instruire contre nos confrères, elle pourrait dans bien des cas, éviter la prévention infamante, elle réaliserait pour nous l'instruction ouverte réclamée à cor et à cri pour les crimes de droit commun. » Enfin, comme l'écrit le Dr Mazel laudateur enthousiaste de l'Ordre des Médecins « il assurera dans la mesure du possible ce que ni la grande Association médicale, ni les syndicats n'ont pu réaliser : moralisation et protection du Corps médical. »

Donnons maintenant la parole aux adversaires de l'Ordre, leurs arguments sont nombreux et forts ; le Dr Bataille les a si heureusement présentés que nous n'hésitons pas à lui emprunter les lignes suivantes (1) :

« L'ordre des médecins créerait un double emploi et par conséquent une confusion de pouvoirs avec nos Associations existantes.....

« L'inscription obligatoire constitue une atteinte à la liberté individuelle, à l'indépendance absolue qui est le plus bel apanage des professions libérales et dont la médecine en particulier, s'est toujours montrée si jalouse....

« Si maintenant nous entrons dans le particulier quelles difficultés ne rencontrera pas le Conseil pour établir une enquête ! ou prendre des témoins ? Consentiront-ils à se déplacer ? quelle sera leur compétence ? et le secret professionnel ! Qui d'entre nous consentira de bonne grâce à perdre sa journée pour aller enquêter et témoigner ? à qui ce rôle conviendra-t-il ?

« Voici maintenant l'accusé en face de ses confrères : ceux-ci, des hommes, pourront-ils se défendre d'un mouvement de sympathie ou d'antipathie suscité, l'un par une ancienne camaraderie, l'autre par des luttes politiques ou religieuses ou par des dissentiments de famillle ? Il faut compter avec les différences de jugement et de tempérament de chacun....

« Mais la peine est prononcée : comment l'appliquerez-vous ? Le blâme sera-t-il tenu secret comme pour les avocats ? dès lors platonique et nul ; ou bien sera-t-il rendu public ? dès lors disproportionné avec la faute commise. — L'amende, comment forcerez-vous à la payer, au profit de qui ? — La suspension : mais il faudrait supprimer l'article 1er de la loi de 1892 ; car le diplôme obtenu, impossible d'interdire l'exercice de la profession. — L'exclusion : qui d'entre nous assumerait le courage de réduire un des nôtres à la misère !....

« Le terrain légal n'offre pas moins d'embûches. En supposant que les pouvoirs publics remettent, ce qui est bien douteux, entre nos mains la police intérieure du corps médical, le Parlement conserverait toujours le droit d'introduire dans notre législation tel article, ou tel amendement de nouveauté souvent dangereuse et préjudiciable. Ainsi la loi du 30 novembre 1892 est beaucoup plus désavantageuse que la loi du 19 ventôse an XI. En 1885 et 1889, l'Etat prussien et l'Association des médecins allemands s'efforcèrent d'arriver à la constitution d'un ordre de médecins : les exigences que le chancelier de l'Empire voulut imposer firent avorter ces tentatives. »

Ajoutons au réquisitoire du Dr Bataille quelques considérations supplémentaires de nature, suivant nous, à entraîner la condamnation définitive de l'ordre des médecins.

D'abord, c'est une conception surannée et archaïque. Lorsqu'une institution cesse de s'adapter aux aspirations, aux besoins, aux mœurs d'une époque, elle doit fatalement disparaître. C'est ce principe qui, il y a un peu plus d'un siècle a condamné les corporations ; leur formalisme, leurs privilèges, leur hiérarchie, leur discipline ne purent comprimer longtemps l'esprit nouveau, ambitieux d'individualisme et avide de liberté. Sous sa poussée irrésistible les barrières corporatives se disloquérent et s'effondrèrent. Or, l'institution d'un Ordre des médecins ne serait qu'un retour vers les corporations de l'ancien régime. Je sais bien que nous assistons à la renaissance de l'esprit d'association, mais cette réaction contre les abus de l'individualisme manifeste sa vitalité par des conceptions nouvelles appropriées aux besoins de notre société contemporaine ; elle crée des syndicats, des coopératives, des mutualités, elle ne saurait rétablir une caste professionnelle comme l'Ordre des médecins.

Supposons pourtant cet établissement réalisé ; il est permis de douter de son efficacité pour le relèvement de notre moralité professionnelle. L'ordre des avocats (1) n'empêche pas le raccolage des plaideurs au Palais d'être aussi actif que celui des clients à la porte de certaines cliniques, et, malgré leur organisation professionnelle, nos tabellions continuent à considérer trop souvent les maisons centrales comme de simples succursales de la Chambre des notaires.

Les syndicats médicaux.

Nous nous sommes étendus un peu longuement peut-être sur ce sujet de l'Ordre des médecins. Mais la question est si importante, que nous avons tenu à mettre sous les yeux des confrères qui nous liront, toutes les piéces d'un procès qui se plaide devant le Corps médical depuis 50 ans et qui n'est pas encore jugé.

Nous serons plus bref au sujet des syndicats médicaux. Du reste, il serait superflu de discuter longuement cette forme d'association que tous les praticiens connaissent. Ce n'est pas sans difficulté qu'elle s'est acclimatée parmi

(1) Rapport sur l'Ordre des médecins, présenté à l'Association des médecins de Rouen.

(1) L'existence d'un ordre des avocats est un des arguments favoris des partisans d'un ordre des médecins. Mais il y a de profondes différences entre les deux professions. Les avocats sont groupés dans les villes où existent des cours de justice ; ils n'exercent que dans le prétoire ; les médecins sont répartis jusque dans les villages les plus isolés. Du reste, l'heure où, malgré tout son prestige, l'ordre des avocats est violemment attaqué et menacé de disparaître, ne semble guère favorable à la création d'un ordre médical.

nous, elle a connu ses détracteurs, mais l'heure est passée où, pour certains confrères, il était presque mal porté d'être du syndicat. Depuis que la loi du 30 novembre 1892 nous a accordé le droit de nous réunir « en associations syndicales, dans les conditions de la loi du 24 mars 1884, pour la défense de nos intérêts professionnels à l'égard de toutes personnes autres que l'Etat, les départements et les communes », les syndicats médicaux ont rendu de tels services partout où ils furent institués que personne parmi nous n'en saurait, sans injustice, contester l'efficace utilité. Partout où les médecins se syndiquèrent ils ont obtenu des succès et fait cesser des abus ; les exemples de ces bienfaits syndicaux sont trop communs pour qu'il soit besoin de les citer.

Est-ce à dire pourtant que l'œuvre syndicale soit parfaite ? Certes non ; elle a des défauts qu'il importe de corriger si l'on veut lui voir rendre tout ce que nous sommes en droit d'en attendre.

Pour l'améliorer il faut :

1° Doter de syndicats les régions qui n'en ont pas encore ;

2° Amener aux syndicats un plus grand nombre d'adhésions ; pour cela il convient : qu'un enseignement déontologique officiel apprenne dès la Faculté les services que les syndicats rendent aux médecins ; Que les syndiqués et en particulier les membres des bureaux réservent aux jeunes confrères qui s'établissent un accueil cordial qui les engage à venir à eux ;

3° Réunir en un seul les petits syndicats d'une même région de façon à coordonner leur action et à unifier leurs efforts.

Ainsi amendée, l'œuvre syndicale multiplierait ses bienfaits. Elle deviendrait la puissance capable d'amener la réalisation de ces projets que nous avons étudiés et qui peuvent seuls sauver l'avenir de notre profession. Une telle perspective est-elle capable de tirer le corps médical de son habituelle inertie, de son fatalisme résigné ? Remplacera-t-il enfin les plaintes inutiles par l'action libératrice ?

Le Sou médical.

Si les médecins sont incapables de cet effort, si la routine tenace les retient dans ses voies imperfectibles, si l'égoïsme, la jalousie, les rivalités mesquines, les influences occultes continuent à arrêter le mouvement syndical et à en limiter les progrès, si la terrible invidia médicorum doit toujours faire sacrifier la défense professionnelle à la crainte de voir des collègues se distinguer trop dans cette défense et en profiter personnellement, que faudra-t-il faire et devrons-nous désespérer d'améliorer jamais notre fâcheuse situation ? Non, certes ; parallèlement aux syndicats et prête à les suppléer s'ils faillissent à leur tâche, une association s'est développée depuis trois ans, d'une façon telle qu'elle pourrait bien apporter demain à la famille médicale l'arme désirée qui lui permettra de faire respecter ses droits et d'obtenir les réformes indispensables à la garantie de son avenir. Cette association, c'est le Sou médical.

Ce n'est peut-être pas la place ici d'exposer cette récente institution et de chanter ses éloges. Il est inutile de prêcher des convertis.

Pourtant, le Sou médical est capable d'un tel rôle dans notre défense professionnelle qu'il est impossible dans une étude sur cette défense de le passer sous silence. Voyons d'abord son programme tel que l'expose l'article 2 de ses statuts :

Le but de la ligue est de fournir un appui à ceux de ses membres dont les droits ou les intérêts se trouveraient lésés ou menacés dans l'exercice de leur profession et de les aider dans les diverses circonstances où leur isolement risquerait de les laisser succomber. La ligue procurera à ses adhérents son influence, ses conseils, son appui moral et pécuniaire, dans toutes les difficultés dont la solution intéresse le corps médical tout entier, telles que les questions de jurisprudence médicale, de défense contre l'exercice illégal, les empiètements des collectivités, etc.

On voit toute l'étendue du plan que s'est tracé le Sou médical ; il ne limite pas son action à telle ou telle partie de la défense professionnelle, il l'assume tout entière et fait face à l'ennemi dans toutes les directions. La nouvelle société embrasse beaucoup, c'est vrai, mais elle promet de bien étreindre. A ceux qui en douteraient, nous conseillerons simplement de parcourir la longue liste des services qu'elle a déjà rendus aux praticiens qui se sont adressés à elles. Avis déontologiques, consultations juridiques, conseils confraternels, aides pécuniaires, poursuites d'exercice illégal, recouvrements d'honoraires, (1) défense de médecins injustement poursuivis devant les tribunaux, intervention dans les litiges avec les Sociétés, réclamations aux administrations, aux ministres, aux pouvoirs publics, etc., etc. Voilà ce qu'on trouve à chaque page de l'histoire, pourtant si courte du Sou médical. Et tout cela a pu être fait avec un budget minime, avec un chiffre d'adhérents malheureusement trop restreint, au milieu des difficultés qui assaillent inévitablement toute organisation qui débute.

N'est-ce pas suffisant pour montrer tout ce que pourra le Sou quand un plus grand nombre de médecins augmentera ses ressources et décuplera sa puissance.

CHAPITRE V.

Conclusions.

I. La profession médicale traverse à l'heure actuelle une crise indéniable qui se manifeste d'une façon particulièrement aiguë depuis l'année 1896.

II. De cette crise sont responsables :

A. Un encombrement réel de la profession, (en deux ans de 1896 à 1898, le nombre des médecins s'est augmenté de 927), qui menace de s'aggraver encore dans un avenir immédiat. (Pléthore actuelle des étudiants dans les Facultés.)

Cet encombrement a pour principales causes :

1° Le développement prodigieux de l'instruction secondaire et supérieur depuis vingt ans, développement qui constitue la cause générale

(1) Lorsqu'il surgit entre médecin et client, une difficulté d'ordre général.

de la saturation actuelle de toutes les carrières libérales ;

2° La multiplication des bourses ;

3° L'article 23 de la loi militaire du 15 juillet 1889 :

4° L'afflux des étrangers vers la médecine ;

5° La facilité des examens, facilité que les rigueurs de la loi militaire et le trop grand nombre des candidats devaient fatalement déterminer.

B. Une diminution des revenus médicaux.

Elle fut provoquée par :

1° Une raréfaction des maladies infectieuses, sous l'influence des progrès de l'hygiène et de la prophylaxie ;

2° Un abaissement du salaire médical, provoqué par les Sociétés de secours mutuels, les Compagnies d'assurances, les Administrations, etc., et facilité par la concurrence, conséquence inévitable de l'encombrement ;

3° Une diminution de la clientèle, dont une grande partie est enlevée aux praticiens par les abus de l'hospitalisation des malades riches et par un exercice illégal de la médecine, de jour en jour plus impudent.

III. La crise actuelle est injuste et dangereuse.

1° Pour le médecin, dont elle tend à diminuer la moralité et que la difficulté de vivre de l'exercice loyal de sa profession, invite à des pratiques équivoques, à des compromissions déshonnêtes ;

2° Pour le public, car l'honnêteté du médecin constitue pour le malade une garantie aussi nécessaire que son savoir ;

3° Pour l'Etat, à qui le prolétariat intellectuel prépare « des révoltés ou des serfs », et que l'encombrement des professions libérales prive d'une partie considérable d'énergie et d'activité sociale.

IV. Deux catégories de mesures sont susceptibles de remédier à la crise médicale ; les unes garantissent son avenir, les autres améliorent son présent.

Dans la première catégorie, il faut citer :

1° Nécessité de modifier l'enseignement secondaire de façon qu'il ne prépare plus exclusivement aux professions libérales, mais aussi au commerce, à l'agriculture, à l'industrie.

2° Suppression des dispenses militaires des étudiants qui seront soumis devant le recrutement au régime commun.

3° Augmentation de la durée des études médicales qui ne correspond plus avec la somme des connaissances que les acquisitions scientifiques nouvelles ont imposée aux médecins.

4° Cessation du favoritisme pour les étudiants en médecine étrangers qu'il est juste de soumettre aux mêmes obligations que les étudiants français.

5° Organisation dans les facultés de médecine d'un enseignement officiel de la déontologie qui initiera les futurs docteurs à leurs droits et à leurs devoirs professionnels.

Dans la deuxième catégorie, il faut citer :

1° Cessation de l'avilissement des honoraires en n'accordant qu'aux indigents le droit à la médecine gratuite, ou à prix réduit.

2° Suppression de l'abus de l'hospitalisation des malades aisés qui chassent le pauvre d'asiles qui doivent lui être exclusivement réservés.

3° Récupération par le médecin des sources de revenus qu'il a eu le tort d'abandonner peu à peu à des professions extra-médicales, vraies parasites de la nôtre. Exemples de ces sources de revenus : massages, applications électriques, injections hypodermiques, etc., etc.

4° Attribution exclusive aux médecins des places que leurs connaissances les font plus que tout autre capables d'occuper. (Exemple : inspection des enfants assistés.)

5° Répression de l'exercice illégal de la médecine.

V. Pour parvenir à la réalisation de ces mesures, le médecin dispose de différents moyens.

1° Influence individuelle. C'est un moyen insuffisant, mais qu'il ne faut pas négliger.

2° Associations syndicales. Elles ont certainement amélioré la situation médicale, mais elles n'ont pas tenu toutes les promesses que leur naissance avait fait fonder. Elles doivent être perfectionnées. Il faut les multiplier, étendre leur action, les unir les unes aux autres.

3° Sou médical. C'est à l'heure actuelle la plus efficace des œuvres de défense professionnelle. Elle a rendu de grands services aux médecins. Il ne lui manque pour en rendre davantage que plus de ressources et plus d'adhérents.

On a proposé d'ajouter à ces œuvres différents groupements professionnels ; les uns nous paraissent insuffisants (Association d'honneur), les autres nous semblent irréalisables (Chambres médicales. Ordre des médecins).

A notre avis, les médecins ont à leur disposition, les moyens nécessaires à l'amélioration de leur sort ; il ne leur manque pour mettre en action ces moyens, que la volonté et l'union.

REVUE DE LA PRESSE ALLEMANDE

Traitement des bartholinites.

MM. *Cordier*, de Lyon, et *Reygasse*, de Toulouse préconisent le traitement suivant contre les bartholinites :

« Après avoir saisi entre le pouce et l'index de la main gauche la grande lèvre, près de la fourchette, et immobilisé ainsi sous le doigt la glande, qu'on sent toujours très nettement lorsqu'elle est enflammée, on injecte dans son épaisseur, au moyen de la seringue de Pravaz, un demi-centimètre cube d'une solution alcoolique salicylée à saturation. La malade éprouve à ce moment une douleur vive, mais d'une à deux minutes à peine de durée. Cette douleur est, d'ailleurs, toujours bien supportée et n'occasionne aucun accident. Le lendemain, on constate une légère augmentation de volume de la glande, mais cette tuméfaction disparaît d'elle-même en cinq ou six jours. Au bout de ce temps, la sécrétion cesse, en général définitivement et la guérison est complète. Ce n'est que rarement qu'on se voit obligé, pour obtenir ce résultat, d'avoir recours à une nouvelle injection intra-glandulaire. »

Remarques sur les localisations articulaires de la blennorrhagie.

Certains auteurs ont prétendu, que les manifestations articulaires, observées au cours d'une

uréthrite blennorrhagique, n'étaient pas de nature gonococcique, et pour cela, ils se sont basés sur ce fait, que la plupart du temps, on ne trouvait pas de gonocoques dans la sérosité de l'articulation malade. Mais, dernièrement, on a établi d'une façon péremptoire que la blennorrhagie pouvait causer des manifestations articulaires, liées à des altérations anatomiques souvent très graves.

On peut distinguer avec König quatre formes de localisations articulaires, appartenant à cette maladie :

1° l'hydropisie gonococcique,
2° l'inflammation séro-fibrineuse,
3° l'inflammation purulente, véritable empyème de l'article,
4° l'arthrite phlegmoneuse. Cette dernière forme est de beaucoup la plus grave. Ce n'est pas à dire, pour cela, que l'inflammation séro-fibrineuse et l'inflammation purulente soient exemptes de complications ; néanmoins, celles-ci ont des conséquences moins fâcheuses que dans la dernière forme.

Le traitement de l'hydropisie gonococcique est relativement facile : repos complet, badigeonnages à la teinture d'iode, vésicatoires, gaïacol, créosote. Si l'épanchement est assez considérable, on le ponctionne. Bennecke recommande en injections, l'acide phénique, en solution à 5 % ; cet auteur en aurait injecté jusqu'à 8 grammes, et les y aurait laissés.

Bennecke recommande la même thérapeutique pour la 2e forme (inflammation séro-fibrineuse) ; il est opposé au traitement actif. Dans la forme fibrineuse, il faut, dit-il, faire de l'expectation : repos, immobilisation, gouttières, plâtre, vessies de glace pour calmer la douleur. En même temps, il faut pratiquer d'abondants badigeonnages à la teinture d'iode (une douzaine environ). Si le pus fait irruption dans le voisinage : incisions, drainage de l'articulation, et éventuellement résection. Le gonflement empêche souvent de percevoir la fluctuation. Plus tard, quand les phénomènes inflammatoires se sont calmés, il recommande les mouvements actifs et passifs, et quand les articulations ne sont plus douloureuses, le massage et les bains chauds ; enfin, s'il est nécessaire, on pratique la résection. Salzwedel prescrit aussi pendant la période d'inflammation les pansements à l'alcool ; on trempe de la ouate dans de l'alcool à 90-96 pour cent, par-dessus on met de la ouate sèche et un imperméable, perforé, pour permettre à l'alcool de s'évaporer ; on change le pansement toutes les 12 ou 24 heures. Quand le gonflement a disparu on peut le laisser 2 ou 3 jours. Les résultats de cette thérapeutique sont, paraît-il, excellents.

Voilà ce qu'on peut dire du traitement des arthrites blennorrhagiques ; il serait à souhaiter qu'on employât plus souvent la ponction avec injection consécutive de solution d'acide phénique ou de sublimé.

Urémie ou abcès cérébral.

M. Glaeser (*Allgem. Med. C. Zeit.*, 23 juin 1900) discute, sous ce titre, une observation intéressante, qui a offert des difficultés de diagnostic. Il s'agit d'une femme de 30 ans, qui fut apportée à l'hôpital dans un état comateux, et qui ne présentait comme renseignement que l'existence d'un écoulement purulent par l'oreille depuis son enfance. Cette circonstance, accompagnée de l'inégalité pupillaire et du strabisme, fit supposer la formation d'un abcès cérébral. Les signes de néphrite paraissaient avoir fait défaut jusqu'alors. L'urine, retirée avec la sonde, ne présentait ni sucre, ni albumine, ni diazoréaction. On n'avait donc aucune donnée pour diagnostiquer un coma urémique. Il n'existait pas non plus de symptômes cardiaques. Cependant, à l'autopsie, on ne trouva pas d'autre lésion qu'une néphrite parenchymateuse des deux reins avec nombreux foyers de nécrose. La désorganisation complète des reins n'avait pu se produire que lentement, mais c'est brusquement qu'avaient éclaté les accidents ultimes d'urémie.

La dionine nouveau dérivé de la morphine.

M. Solzmann (*Wien. Med. Press.*, juin 1900) estime, d'après ses observations, que la dionine possède de fortes propriétés narcotiques, qui indiquent son usage dans toutes les affections thoraciques, qui troublent le sommeil par la toux, notamment dans la phtisie. La dionine active l'expectoration et soutient la fonction sécrétante des glandes bronchiques. Elle calme la douleur et les points de côté, et peut être employée avec avantage comme analgésique dans la lithiase rénale, et dans la lithiase biliaire. Elle combat la dyspnée et peut être utilisée à ce titre dans l'asthme bronchique, dans l'emphysème et la bronchite chronique. On l'emploie en solution aqueuse et, quoique d'un goût amer, elle est bien supportée. La dose maxima pour les 24 heures est de dix centigrammes. Pour s'assurer de son action thérapeutique, on doit la prescrire pendant cinq jours de suite.

Quelques observations sur l'Héroïne.

L'Héroïne est, comme on le sait, un succédané de la morphine ; mais elle en diffère par son action sédative sur la respiration. Celle-ci devient plus lente et plus profonde, ce qui a une grande importance chez les phtisiques. L'action sédative tient à ce que la dépense d'oxygène est diminuée. Il en est tout autrement avec la morphine et ses autres dérivés. L'héroïne calme la toux mieux que la codéine, n'a pas d'actions accessoires fâcheuses, elle est plus analgésique que la morphine, et ne produit pas l'accoutumance. La dose initiale est de cinq milligrammes.

On peut employer l'héroïne pure, mais si l'on veut un produit soluble pour injections sous-cutanées, on doit prendre le chlorhydrate. L'action de ce médicament est excellente dans les affections des voies respiratoires, et dans certaines affections, accompagnées de symptômes douloureux. (Wied. *D. Med. Woch.*, juillet 1900.)

Indication de l'avortement artificiel dans les cas de vomissements incoercibles.

M. Walzer (*D. Med. Woch.*, juillet 1900) discute l'indication de l'avortement artificiel dans les cas de vomissements incoercibles. Il s'agit d'une femme de 28 ans, au cinquième mois de la grossesse, dont les vomissements incoercibles compromettaient gravement l'état général. En outre,

l'urine présentait d'une façon très nette la diazoréaction. Ce fut cette circonstance d'un pronostic grave, qui détermina Walzer à pratiquer l'avortement. Dès le lendemain, la diazoréaction avait disparu, et les vomissements avaient cessé. La malade se rétablit ensuite peu à peu.

Jusqu'à présent, on n'avait guère recherché l'existence de la diazoréaction chez les femmes gravides. Cependant, cette réaction est l'indice d'un trouble nutritif, procédant de produits inconnus de destruction de l'albumine, et indiquant toujours un état général grave, se terminant souvent par la mort. Jusqu'à présent, il s'agit d'un cas isolé, et, en le publiant, Walzer n'a d'autre but que d'attirer l'attention sur le caractère pernicieux des vomissements incoercibles, lorsque la diazoréaction existe.

REPORTAGE MÉDICAL

L'Ecole de médecine de Rouen établit un concours pour une place de préparateur au Laboratoire de bactériologie. Une indemnité de 1200 francs sera allouée.

Les candidats doivent adresser leur lettre de candidature à M. le Directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, avant le 15 novembre 1900.

La lutte contre la tuberculose. — M. le Dr Léon Petit résume ainsi, dans le *Bulletin de l'œuvre des Tuberculeux*, les résolutions formulées par la Commission spéciale qu'avait nommée le Ministre de l'Intérieur :

A. — *Mesures prophylactiques.*

1° Vote de la loi sur la santé publique actuellement soumise aux délibérations du Sénat. Un certain nombre d'articles, concernant spécialement la salubrité des immeubles, ont été introduits dans ce projet par la Commission : ils ont pour but d'empêcher la propagation de la tuberculose par les habitations, les ateliers, etc. ;

2° Isolement des tuberculeux dans les hôpitaux ; mesures destinées à assurer l'antisepsie des salles et la protection du personnel ;

3° Mesures à prendre dans l'armée au point de vue du cubage d'air des chambrées, de leur aération, des réfectoires, de l'alimentation, etc. ;

4° Mesures à prendre à bord des navires de l'Etat, dans les hôpitaux maritimes, dans les casernes des troupes de la marine, etc. ;

5° Mesures à prendre dans les établissements pénitentiaires ;

6° Assimilation de la tuberculose aux maladies contagieuses ;

7° Mesures concernant la prophylaxie de la tuberculose dans les Compagnies de chemins de fer ;

8° Nécessité d'une active propagande antituberculeuse et indication des moyens à employer ;

9° Mesures administratives à prendre dans les milieux collectifs dépendant de l'Etat ;

10° Conseils adressés par la Commission aux collectivités privées ;

11° Mesures concernant la viande et le lait ;

12° Mesures tendant à la répression de l'alcoolisme, cause adjuvante de la tuberculose.

B. — *Mesures curatives.*

1° Indication des conditions que doit remplir un sanatorium ; des malades qui doivent y être traités ; organisation des caisses de secours ;

2° Vœu tendant à faciliter aux enfants indigents le traitement dans les hôpitaux marins ;

3° Création de dispensaires antituberculeux dans les centres urbains ;

4° Application plus large aux tuberculeux de la loi du 15 juillet 1893 ; dispositions destinées à faciliter l'application de cette loi dans les petites communes.

Il appartient maintenant au gouvernement et spécialement à chacun des départements ministériels intéressés d'assurer l'exécution des mesures proposées.

L'exercice illégal des magnétiseurs devant le Congrès de médecine. — A la section de médecine légale du Congrès de médecine, M. Dupré, agrégé, et Me Rochet, avocat, ont fait un rapport remarquable sur les délits qui peuvent résulter de la pratique du magnétisme par des non diplômés. M. Demange a conseillé de déclarer hautement que l'hypnotisme était un procédé thérapeutique : quand le fait sera bien établi, la Cour suprême aura une base pour se prononcer en dernier lieu et frapper les magnétiseurs acquittés ailleurs.

La section de médecine légale, en conclusion de la discussion, a adopté le vœu suivant :

L'hypnotisme et le magnétisme sont de véritables agents thérapeutiques, dont l'emploi inconsidéré peut entraîner de graves conséquences.

La pratique en doit être réservée aux personnes pourvues du diplôme de docteur en médecine (art. 1er et 16 de la loi de novembre 1892).

Le XIIIe Congrès international de médecine (section de médecine légale) a émis le vœu que dans tous les pays, la législation soit amendée ou étendue de manière à empêcher cet exercice illégal de la médecine, sous quelque titre que se déguisent les pratiques psychothérapeutiques.

Contre l'alcoolisme. — On écrit de Metz au *Temps* que le gouvernement continue de la manière la plus énergique à combattre l'alcoolisme en Lorraine. On se souvient de l'arrêté que prit, en février dernier, le baron de Hammerstein, président de Lorraine, interdisant aux aubergistes de vendre des spiritueux avant huit heures du matin.

Cet arrêté, malgré le respect qui s'attache ici à tout ce qui est gouvernemental, fut très discuté dans la presse et surtout par les débitants qui, en assez grand nombre, refusèrent de s'y soumettre.

Quelques procès furent faits, pour l'exemple, à certains délinquants ; puis la police reçut l'ordre de fermer momentanément les yeux. Le baron de Hammerstein, mis en éveil par différents jugements des tribunaux berlinois et westphaliens, rendus dans des cas analogues en faveur de la libre vente d'alcool à toute heure, tenait évidemment, avant de sévir à fond, à se rendre compte de l'accueil que feraient à son arrêté les tribunaux de Lorraine.

Aujourd'hui l'expérience est faite. Plusieurs cabaretiers de Metz qui avaient été acquittés par le tribunal des échevins pour avoir enfreint l'arrêté présidentiel, se sont vus condamnés à l'amende à la suite d'appel par le ministère public. Ces condamnations feront donc, désormais, jurisprudence en la matière, et l'arrêté du président de Lorraine sera, à l'avenir, appliqué avec rigueur à tous les cabaretiers délinquants.

De son côté, le général comte de Hæseler qui, on le sait, a fait depuis trois ans une guerre acharnée à l'alcool en défendant la vente dans tout le 16e corps, a pris, ces jours derniers, une excellente mesure à l'égard des recrues de ce corps. A la feuille de route remise à tous les jeunes soldats, il a joint une défense d'emporter des bouteilles d'eau-de-vie pendant leur voyage. Le résultat de cette mesure ne s'est pas fait attendre ; les cas d'ivresse relevés contre les recrues, et punis, se sont aussitôt abaissés à moins de un pour cent.

Le Directeur-Gérant : **A. CÉZILLY.**

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 46 17 NOVEMBRE 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Invitation à l'Assemblée générale

Quand vous lirez ces lignes, chers confrères, nous serons à quelques heures de notre Assemblée générale.

Il dépend de vous, de votre présence, qu'elle soit belle et fructueuse comme les précédentes.

Nous sommes toujours impatients de vous rendre nos comptes, mais plus impatients encore de recueillir vos suggestions.

Il nous faut progresser sans relâche, malgré les obstacles qui se dressent chaque jour devant nous. Indiquez-nous les nécessités nouvelles auxquelles il faut répondre, les dangers qui menacent la profession, les améliorations à rechercher.

Notre Assemblée générale, c'est la foire aux idées de défense professionnelle : on les livre gaiement, fraternellement, à ceux qui ont accepté la tâche de les trier et d'en extraire des projets réalisables, et, l'année suivante, l'amour-propre paternel est tout heureux quand il s'aperçoit que l'enfant était viable, et qu'on le lui présente capable de marcher tout seul.

Rappelez-vous, par exemple, le vague dans lequel se posait la question de l'encombrement médical en 1899 ; et, par le travail de M. le Dr Gouffier, auquel nous avons dû consacrer un numéro exceptionnel, vous jugerez que les diverses faces du problème sont assez en lumière, déjà, pour que bientôt votre commission puisse proposer des résolutions fermes sur ce grave sujet.

De toutes parts, du reste, votre attention est appelée sur des préoccupations capitales. Loi mutuelle, dans ses applications à nos œuvres et à celles qui abusent de nous ; loi des accidents du travail ; loi sur la pharmacie ; loi sur la protection de la santé publique ; loi sur les syndicats ; loi sur les associations ; loi militaire, etc... Voilà autant de questions où nos intérêts sont en cause et demandent une protection légitime, dont nous avons à fournir nous-mêmes les éléments.

Sur tous ces points, vous avez des idées personnelles : fixez-les avec soin et venez nous les apporter.

Nous ne pourrons pas, c'est entendu, les discuter au pied levé.

Mais l'échange de vues, par la voie du journal, en dégagera ensuite toute la valeur et les conduira à la maturité.

C'est toujours, comme vous le voyez, l'application de la vieille et bonne méthode qui a conduit le Concours à rendre tant de services appréciés : continuons d'en user, puisqu'elle a fait ses preuves.

A demain, chers confrères, à demain notre gros effort annuel, notre fraternel rendez-vous, notre cordial banquet, où nous vous prions de considérer votre présence comme un agréable devoir à remplir.

Le Conseil de Direction.

LA SEMAINE MEDICALE

Injections hypodermiques d'huile camphrée

M. le Dr *Vaillant* insiste dans sa thèse sur l'utilité et l'efficacité des injections hypodermiques et intra-musculaires d'huile camphrée comme tonique cardiaque, chez les pneumoniques, les tuberculeux, les typhiques, les puerpérales et

en général, chez tous les malades atteints d'une infection toxémique pouvant altérer la fibre cardiaque (variole, diphthérie, septicémie, rhumatisme aigu). On injecte de 2 à 8 grammes d'huile camphrée à 1/10, par jour, chez l'adulte.

Cette méthode appliquée aux tuberculeux modifie les sécrétions bronchiques et stimule la phagocytose.

Pseudo-coxalgie d'origine herniaire.

M. le D[r] *Phocas* consacre un intéressant article du *Nord Médical* à l'étude d'un phénomène réflexe, dû aux petites hernies douloureuses, pouvant simuler la coxalgie.

« En général, dans la seconde enfance, la hernie n'est pas douloureuse quand elle n'est pas étranglée. Cependant, M. Phocas a vu les douleurs irradiées à la cuisse chez trois enfants s'accompagner d'une certaine *claudication*, de telle façon que l'idée de la coxalgie a pu naître dans l'esprit de la famille et des médecins traitants. Dans le premier cas, l'enfant fut opéré de sa hernie, et tout phénomène douloureux disparut après l'opération.

« Dans un second cas, le port d'un bandage bien fait suffit pour faire disparaître la douleur d'apparence coxalgique chez un enfant déjà immobilisé.

« Chez un troisième la douleur pseudo-coxalgique était produite par un bandage mal fait, qui irritait un kyste du cordon.

« En somme, on peut voir des hernies qui deviennent douloureuses et qui provoquent une véritable névralgie du cordon. Par action réflexe, cette névralgie provoque des contractures intermittentes et la boiterie. La douleur située au niveau de la hanche et la claudication peuvent en imposer pour une coxalgie.

« Voici les signes à l'aide desquels on arrivera au diagnostic de cette variété de *pseudo-coxalgie*.

« Le membre n'est pas atrophié, tandis que l'atrophie est un signe précoce de la coxalgie vraie.

« Les contractions musculaires sont intermittentes. Elles apparaissent pendant la marche et se calment par le repos.

« Les mouvements de l'articulation sont libres, sauf l'abduction extrême ou l'extrême flexion.

« La douleur à la pression est absente au niveau de la hanche, sur les points classiques de la coxalgie (face antérieure de la hanche au niveau de la tête fémorale, petit trochanter, etc.). La douleur, quand elle existe, présente son maximum au niveau de la face antérieure et interne de la hanche et surtout au niveau du canal inguinal. Enfin, il existe une hernie.

« En résumé : sur un enfant atteint de hernie, quand on voit survenir des signes douteux de coxalgie, il faut penser à une pseudo-coxalgie et commencer par soigner la hernie. »

Propriétés paraspécifiques du sérum antidiphthérique

Le sérum antidiphthérique est le spécifique de la diphthérie pure non associée à la streptococcie ; mais il est aussi un excellent remède contre d'autres affections. M. le médecin-major *André* a réuni, dans la *Revue de l'Est*, un certain nombre d'observations où ces propriétés favorables se sont manifestées.

Dans deux cas d'angine grave, par exemple, pour lesquels les signes cliniques faisaient craindre la diphthérie, alors que l'examen bactériologique montra que le bacille spécifique était absent, les injections de sérum eurent néanmoins une action très favorable. Le sérum antidiphthérique paraît, du reste, avoir été utile dans bon nombre d'affections différentes : dans la coqueluche, l'ozène, l'asthme, etc.... Les résultats signalés par divers auteurs ont été très bons.

Le sérum antidiphthérique guérit donc des affections auxquelles le bacille diphthérique est absolument étranger. Les cas de M. André sont des observations de guérisons d'angine, de stomatite et de trachéo-bronchite, de nature strepto-staphylococcique, par le sérum antidiphthérique. De nombreux médecins italiens et suisses ont traité par la même méthode la coqueluche, l'ozène, ainsi qu'il vient d'être dit, même l'asthme bronchique, et ont signalé la guérison habituelle et, en tout cas, l'amélioration de ces affections.

Quel mode d'action intervient dans des guérisons de maladies si diverses auxquelles ni les éléments figurés, ni les toxines du bacille de Lœffler ne sont aucunement liés ? On peut se livrer à plusieurs hypothèses dont la plus probable est l'excitation du rôle des phagocytes sous l'influence d'un sérum étranger à la maladie existante. Jusqu'à présent, les propriétés paraspécifiques n'ont été rencontrées que pour le sérum antidiphthérique ; mais, comme il est de tous, le plus ancien, et que l'usage qu'on en fait est très fréquent, il est permis de supposer que les autres sérums peuvent également posséder sinon les mêmes, au moins des propriétés curatives analogues : le hasard et l'expérimentation nous les feront sans doute connaître un jour.

Traitement des épanchements synoviaux.

M. le Docteur *Luton* conseille, avant de pratiquer la ponction d'une hydarthrose ou d'une hydro-synovite rebelles, de recourir à l'injection de quelques gouttes de teinture d'iode le plus près possible de la séreuse, mais sans pénétrer dans sa cavité. L'opération, d'ailleurs, est acceptée volontiers par le malade que n'effraye aucune instrumentation spéciale et qui n'est obligé qu'à une immobilisation relative.

« L'intervention ne détermine tout d'abord aucun phénomène bien saillant : la douleur, en effet, est nulle ou à peu près, et la réaction inflammatoire, quoique possible, est en général inappréciable. Puis, au bout d'un laps de temps indéterminé qui n'a paru dans aucun cas cependant inférieur à trois semaines, l'épanchement diminue progressivement jusqu'à disparition complète sous l'influence de la même piqûre. M. Luton insiste particulièrement sur ce point que l'effet de l'injection, assez lent à se développer, persiste et se prolonge pendant un temps assez considérable, alors même que toute action paraissant terminée, l'on commence à désespérer du résultat. Il ne faut donc pas se hâter de renouveler l'opération, bien que celle-ci puisse être rendue nécessaire une seconde fois.

« Il est difficile de fixer la dose de teinture d'iode à injecter, laquelle peut varier de quelques gouttes à une seringue de Pravaz. Dans

une hydarthrose du genou assez considérable et datant de cinq mois, une demi-seringue de Pravaz fut suffisante pour déterminer le retrait de l'épanchement. »

Boisson hygiénique.

On objecte souvent, aux ennemis de l'alcool et du vin, que rien ne peut remplacer ces liquides comme boisson, que la bière, le café et le thé ne plaisent pas à tout le monde et que, par les chaleurs, il serait bon d'avoir la recette d'une boisson agréable et rafraîchissante.

M. le Dr Labesse signale, dans l'*Anjou médical* une formule utile à retenir, pour son agrément, d'abord, pour sa simplicité et pour la modicité de son prix de revient ensuite (0,04 centimes le litre).

Prenez un petit fût de 60 litres environ, élargissez-en l'ouverture de la bonde, de façon à en faire un orifice ayant environ 10 centimètres de longueur sur 10 de large ; vous remplissez d'eau en laissant, cependant, place à environ deux litres de liquide. Ajoutez un demi-litre à peine de bon vinaigre. D'autre part, dans un carré de mousseline ou de gaze, mettez, en les mélangeant, 1 kil. 750 de sucre cristallisé et 40 grammes de fleurs sèches de sureau. Faites-en un nouet que vous introduisez dans le fût et que vous suspendez de façon à le maintenir totalement baigné, mais seulement dans la partie supérieure du liquide.

Au bout de cinq à six jours, retirez le nouet, agitez le liquide avec un bâton : laissez reposer un jour et mettez en bouteilles. Il faut avoir soin de laisser les bouteilles debout.

Suivant la température, la fermentation s'établit assez vite et ferait casser les bouteilles si elles étaient couchées.

Il faut, en moyenne, attendre huit jours après la mise en bouteilles pour que la fermentation soit complète et que la boisson soit, par conséquent, bonne à consommer. Il faut toujours compter 15 jours de préparation avant la consommation.

En résumé, il faut, pour 60 litres de boisson (contenance ordinaire des petits fûts) :

1 k. 750 de sucre.
40 grammes de fleur de sureau.
1/2 litre à peine de vinaigre.

Signe précoce de l'adénopathie bronchique chez l'enfant.

Voici comment le *Bull. Médical* décrit le signe de *Smith* comme symptôme précoce de l'adénopathie trachéo-bronchique :

Quand on renverse en arrière la tête d'un enfant atteint d'adénopathie trachéo-bronchique, de telle façon que son visage soit placé horizontalement et que ses yeux regardent le plafond, un souffle veineux, d'une intensité variable suivant le volume des ganglions tuméfiés, s'entend avec le stéthoscope placé au niveau du manubrium sternal. Quand on abaisse la tête de nouveau en avant, le souffle diminue peu à peu pour disparaître totalement avant que la tête soit dans sa position normale. — M. Smith donne l'explication suivante du signe observé par lui — par renversement de la tête en arrière, la trachée est poussee en haut et en même temps que les ganglions siégeant à l'endroit de sa bifurcation ; la veine innominée gauche qui passe transversalement derrière le manubrium sternal est comprimée entre les ganglions grossis et le sternum. Dans les cas où ce signe existait, on trouvait parfois une submatité sur le manubrium qui éveillait le soupçon de l'hypertrophie des ganglions bronchiques. Ce soupçon était toujours confirmé pour M. Smith, par la présence du signe en question. Ce signe doit être considéré comme un signe *très précoce* du diagnostic de l'affection et peut rendre de grands services.

MÉDECINE PRATIQUE

Diphthérie et angines blanches.

« Le laboratoire doit aider la clinique ; mais la clinique doit conserver toute son indépendance vis-à-vis des savants de laboratoire. » Voilà un principe souvent répété, mais qui trouve plus spécialement son application à propos de la diphthérie et des angines blanches.

La jeune école est habituée, en général, à ne plus juger que d'après les recherches bactériologiques et les constatations micrographiques, et, sous l'impulsion de quelques maîtres trop théoriciens, à vouloir faire de la médecine une science plus ou moins mathématique. Cela est si simple de comparer les expériences *in vitro* aux réactions biologiques des diverses maladies. Malheureusement, cela est erroné. Rien n'est plus dissemblable que deux organismes humains, et le même poison ou le même microbe produit deux modalités cliniques différentes s'il évolue dans deux économies, semblables, en apparence.

Depuis que divers auteurs ont déclaré que tout produit pseudo-membraneux pouvait contenir du bacille de Loeffler et que, seuls, le microscope et les cultures permettaient de connaître la véritable nature des membranes amygdaliennes et pharyngiennes, nous avons été très souvent frappés des graves inconvénients que pouvait occasionner cette méthode nouvelle.

Toute angine blanche, qu'il s'agisse de points ou d'îlots isolés, ou bien de membranes déchiquetées, d'exsudats blanc-grisâtres ou de dépôts jaunâtres des piliers, du voile du palais, de la luette et des amygdales, peut être imputable au bacille diphthérique, disent les savants de laboratoire, et la preuve, c'est que ces angines peuvent être suivies de paralysie du voile du palais.

Que résulte-t-il d'une telle façon de comprendre les choses ? Naturellement, que le jeune médecin, imbu de ces idées, considère comme suspecte toute trace blanchâtre aperçue dans la gorge et envoie à examiner au laboratoire bactériologique des fragments pultacés d'angines toutes simples, affolant l'entourage du malade et terrorisant inutilement une famille et même une maison.

Les déplorables résultats de cette précipitation et de cette inexpérience ne s'arrêtent pas là : pour quelques points blancs aperçus au fond du pharynx ou sur une amygdale, on fait écarter brusquement les autres enfants, on pratique une injection de sérum de Roux, car il est bien

recommandé de faire l'injection précoce, même avant de savoir le résultat de l'enquête bactériologique ; parfois même, on va jusqu'à injecter l'entourage immédiat du malade, prophylactiquement, on déclare à la Préfecture un cas de maladie contagieuse n° 5 (c'est-à-dire la diphtérie), les désinfecteurs viennent dans la maison contaminée ; la literie, les vêtements, le linge sont plus ou moins altérés par les opérations stérilisantes, les parents sont atterrés ; si ce sont des commerçants, leur magasin est mis à l'index, les clients s'éloignent, les voisins s'écartent, en un mot, le préjudice causé est considérable ; et il peut être encore plus terrible, si la pauvre maman de l'enfant malade est en état de grossesse et fait un avortement, de peur, ou si les frères et sœurs isolés, sont eux-mêmes contagionnés par une autre maladie dans la maison où on les a mis en garde.

Cependant, le lendemain ou le..... surlendemain, arrive le diagnostic bactériologique du fragment de membrane envoyé à examiner, et cet examen ne..... confirme pas le diagnostic hâtif du clinicien inexpérimenté.

A quoi bon alors tout ce branlebas, tout ce désarroi jeté dans une famille, dans une maison ? D'ailleurs, les événements viennent heureusement donner tort aux prévisions pessimistes du médecin étourdi : le malade guérit en quelques jours, sans complications, sans incidents même et les parents ne manquent pas de s'écrier : « Ce n'était vraiment pas la peine de nous donner tant d'alarmes ! que maudit soit ce médecin « tant pis » ! »

A ce tableau extrêmement réel, qui se représente beaucoup trop souvent, je sais que l'on pourrait m'opposer celui des malheureux parents que le médecin a berné trop longtemps d'espoir, et qui, par les événements, voient eux-mêmes les dangers de l'hésitation et de la temporisation. N'a-t-on pas proclamé partout que, pour être efficaces, les injections de sérum devraient être précoces et que mieux valait injecter inutilement du sérum à un sujet sain que de risquer de laisser la diphthérie faire des progrès chez un sujet déjà infecté et suspect. Cela est parfaitement juste ; mais, outre que le sérum n'est pas absolument inoffensif, puisqu'il peut provoquer des érythèmes et de l'urticaire, les conséquences morales de cette prévoyance excessive entraînent quelquefois très loin.

Certes, la clinique serait d'une très grande simplicité si, en présence de tout mal de gorge, de toute angine, il suffisait de se dire : « De deux choses l'une, ou il y a du blanc, ou il n'y en a pas. S'il y a du blanc, c'est à peu près sûrement de la diphthérie ; vite ! le sérum de Roux, l'isolement et la désinfection. S'il n'y en a pas, c'est une angine non diphthérique et, par conséquent, pas de sérum. » Malheureusement, il y a des diphthéries laryngées d'emblée, sans blanc dans la gorge, et bien des membranes de la gorge sont purement herpétiques ou scarlatineuses, ou polybactériennes ; dans le premier cas, il faut se hâter d'appliquer le sérum, dans le second, le sérum est au moins superflu. Si l'on attend l'examen du laboratoire (qui, d'ailleurs n'est pas possible hors des grandes villes, et surtout à la campagne), on risquera de perdre un temps précieux pour l'application du sérum, ou bien, on pourra être induit en erreur par cet examen même. La compétence et le soin des personnes chargées de cet examen sont quelquefois douteux, soit par suite de l'encombrement et de la multiplicité des demandes, soit par défaut d'ordre dans l'expédition des réponses. Il faut donc se garder de considérer les diagnostics des laboratoires comme des oracles indiscutables et infaillibles. De plus, comme nous le disions plus haut, le praticien de la campagne ne peut être sérieusement encouragé à recueillir des râclures de gorge et à les expédier pour examen bactériologique à une grande ville plus ou moins voisine. C'est évidemment impossible la plupart du temps, puisqu'il n'y a pas de longs délais pour réfléchir. Le dernier mot de cet embarrassant problème ne peut donc être donné pratiquement que par la clinique.

II

DIAGNOSTIC CLINIQUE.

Nous nous placerons au point de vue exclusivement clinique et nous essaierons de tracer une ligne de conduite simple et pratique.

1° Le malade est un enfant :

Avant tout examen, approchons l'enfant doucement, amicalement, paternellement ; causons-lui de ses jeux ou de ses études, s'il est assez grand ; faisons le causer un peu. Cette espèce de digression nous permet de bien nous renseigner sur son aspect extérieur, son teint, pâle ou coloré, blafard ou plombé, ainsi que sur la résonnance gutturale ou nasale de sa voix et la netteté de sa respiration. Sous prétexte de caresses et de flatteries, on s'approche de l'enfant et on explore doucement de la main, ou même des deux mains, les deux côtés du cou, sous l'arcade maxillaire inférieure, pour y rechercher les glandes engorgées. Les narines et les conjonctives, les lèvres et les commissures labiales sont passées en même temps en revue.

Après cet examen, on est déjà à moitié fixé ; le teint blafard et bleuâtre, la gêne respiratoire, les ganglions engorgés au cou, le jetage nasal indiquent souvent l'existence de la diphthérie. Au contraire, le timbre simplement nasonné de la voix et la tuméfaction d'un ganglion sous-maxillaire préamygdalien, unique ou bilatéral, sans altérations notables du teint, laisse supposer qu'il s'agit seulement d'une angine herpétique ou pultacée.

La fièvre est modérée dans la diphthérie et, au contraire, assez vive dans les amygdalites simples.

Enfin, l'examen de la gorge, qui tranchera définitivement la question, sera pratiqué le plus rapidement possible afin de ne pas impatienter l'enfant, mais avec un coup d'œil perspicace et attentif. La langue est saburrale et rouge aux bords et à la pointe dans les angines inflammatoires ; elle est seulement grisâtre dans la diphthérie. Les amygdales sont rouges et parsemées de points blanchâtres ou gris jaunâtre, d'un côté ou des deux côtés à la fois, dans le cas d'herpès amygdalien ou d'abcès folliculaires. Les membranes sont étalées au hasard sur une amygdale ou sur les deux ensemble, sur les piliers, la luette, la paroi postérieure naso-pharyngienne, tantôt larges et abondantes, tantôt isolées, à peine apparentes dans un repli muqueux, variables comme couleur (blanc nacré, blanc jau-

nâtre, grisâtre, opaline), aussi bien que comme dimensions (1/2 centimètre de diamètre à 3 ou 4 centimètres carrés) : c'est là, la caractéristique des membranes diphthériques.

Enfin, lorsque la surface amygdalienne est anfractueuse, boursouflée et recouverte d'une sorte de coque blanc jaunâtre d'aspect feuilleté et décollé comme la cosse d'une châtaigne grillée, il y a lieu de penser plutôt à un abcès amygdalien avec détritus pultacés, non diphthériques.

L'examen se terminera par la recherche de l'état du larynx (tirage, aphonie, toux éteinte, accès de suffocation) ; il ne s'agit point d'une exploration laryngoscopique, bien entendu, mais, simplement, d'une inspection attentive de la respiration et de la voix de l'enfant. D'ailleurs, ce diagnostic se fait à distance, en entrant dans la chambre où est l'enfant : personne ne s'y trompe, ce sont des phénomènes assez bruyants. Une simple remarque pour différencier le faux croup du croup doit être ajoutée :

Dans le faux croup, l'enfant est enroué, mais sa toux est semblable à un aboiement résonnant ; de plus, les phénomènes sont survenus presque brusquement.

Dans le croup vrai, la toux est éteinte, voilée, comme étouffée et la voix est absente complètement ; enfin les phénomènes sont survenus progressivement, depuis, au moins, plusieurs heures. Chez l'enfant, les angines sont souvent accompagnées de complications laryngées, même quand elles ne sont pas diphthériques ; toutefois, il faut agir avec beaucoup plus de décision et de promptitude dans le cas d'angine blanche d'apparence très simple et bénigne, du moment où elle est compliquée de laryngite.

En quelques mots, voici la ligne de conduite à tenir :

1° L'angine est franchement herpétique : il ne faut jamais omettre de prescrire l'isolement du malade, temporaire et absolu, c'est-à-dire, sans contact avec les autres enfants, ni avec les personnes qui approchent les autres enfants ; ne point se prononcer dès le premier examen pour la négation formelle de la diphthérie. On institue un traitement émollient et désinfectant (collutoires et lavages) et on prescrit un *vomitif*, dont l'importance morale est inappréciable ; son efficacité thérapeutique est d'ailleurs très réelle.

Le lendemain, on ne doit pas manquer de revoir l'enfant pour observer l'état local de la gorge et l'état général (fièvre, ganglions, abattement, teint blafard ou, au contraire, amélioration, gaîté, bonnes couleurs).

Ainsi, on est fixé, et l'on peut rassurer la famille ou, au contraire, changer ses batteries.

L'amélioration confirme le diagnostic d'herpès pur ; le *statu quo* ou l'aggravation peut faire craindre la diphthérie et implique la nécessité d'un examen bactériologique des membranes au laboratoire le plus voisin et, tout de suite, l'injection de sérum.

2° L'angine est douteuse, membraneuse exsudative, mais non franchement diphthérique. Il faut encore de la prudence dans le pronostic et l'on peut attendre 24 heures pour essayer le sérum et faire procéder à l'examen bactériologique. L'isolement et le vomitif sont toujours de rigueur, ainsi que les lavages de la gorge. Une deuxième visite est nécessaire dès le lendemain pour se rendre compte de l'effet du traitement. Si le doute persiste, il faut injecter le sérum de Roux (10 à 20 centim. cubes) et faire examiner les membranes.

3° L'angine est nettement diphthérique, compliquée ou non de croup : point d'hésitation ; il faut injecter le sérum de Roux (15 à 20 centim. cubes), donner un ipéca et imposer un isolement parfait de tout l'entourage. L'examen des membranes est utile au point de vue de la pureté du bacille de Lœffler ou de son association au streptocoque.

Le traitement local de l'angine diphthérique comporte les indications suivantes, d'après M. le Dr *Degouy*, in *Rev. gén. de clin et de thér.* :

Tout d'abord, un principe doit être respecté. Les fausses membranes ne sont pas justiciables du grattage, des badigeonnages, des cautérisations.

Il faut se contenter de faire des lavages de la gorge toutes les heures ou toutes les deux heures, suivant l'intensité de l'angine.

Pour pratiquer ces lavages, l'enfant est assis sur un aide qui le tient immobile, les bras et le thorax fixés par le bras droit de l'aide et la tête fixée par la main gauche de l'aide sur sa poitrine. On se met en face de l'enfant, on place un ouvre-bouche et on fait avec un bock-laveur une irrigation de 500 gr. à un litre environ d'une solution antiseptique tiède. Il est bon d'être prévenu que ces lavages sont souvent très difficiles, surtout à bien faire, les enfants étant presque toujours indociles. Il est exceptionnel, si l'on sait bien s'y prendre, qu'il tombe du liquide dans la trachée, ce dont on serait averti par les quintes de toux. Cependant, il existe un accident, dont il faut toujours avertir les parents ; c'est la possibilité de tendances syncopales ou même de syncopes vraies chez les enfants profondément infectés. Aussi, il vaut mieux, dans ce cas, que ce soit le médecin lui-même qui pratique ces lavages. Si la tendance aux syncopes est trop marquée, il convient de ne pas insister sur ces lavages.

Quels sont les liquides à employer ? Dans les cas d'angines légères ou moyennes, on donnera la préférence à la liqueur de Labarraque que l'on formule ainsi :

Liqueur de Labarraque.. 50 grammes.
Eau bouillie tiède........ 1 litre.

Si l'haleine est fétide et l'angine grave, il faut prendre des désinfectants plus énergiques. On emploie couramment au service de l'Hôpital des Enfants les solutions suivantes :

1° Hydrate de chloral.... 5 à 10 grammes.
Eau distillée.......... 1 litre.

ou

2° Permanganate de potasse... 1 gramme.
Eau bouillie................ 4 litres.

Dans certains cas, on s'est bien trouvé de l'emploi de l'eau oxygénée :

Eau oxygénée...... 1 volume.
Eau bouillie....... 5 à 10 volumes.

Dans les formes très légères, on pourra se contenter d'eau boriquée. L'acide phénique ou le sublimé sont moins fréquemment employés. A défaut d'autre chose, on peut néanmoins formuler ainsi :

1° Acide phénique..... 1 gramme.
Eau bouillie........ 100 grammes.

2° Sublimé corrosif... 1 gramme.
Eau bouillie....... 5.000 grammes.

Les lavages de la gorge seront continués aussi longtemps qu'il sera nécessaire, et cela même après la disparition complète des fausses membranes, car le bacille de Lœffler a une persistance et une vitalité parfois considérables.

Parfois, il arrive qu'au bout de 48 heures, il persiste encore des fausses membranes en assez grande abondance; alors il ne faut pas hésiter et injecter à nouveau 20 centimètres cubes de sérum. Il faut parfois arriver jusqu'à 80 centim. cubes.

Enfin, quelquefois, malgré le sérum et les lavages, il persiste au bout de quelques jours un enduit blanchâtre et tenace, sur les amygdales et le pharynx. Le meilleur moyen d'en venir à bout est de faire des attouchements avec de la teinture d'iode, attouchements répétés deux ou trois fois par jour.

L'enfant sauvé, il faut surveiller la convalescence, principalement au point de vue du fonctionnement du cœur, qui est souvent altéré.

Les suites d'infection ne sont pas graves si elles sont traitées, mais il faut y veiller et les rechercher. Le meilleur traitement, en cette occurrence, est l'administration de la caféine. Dans les cas de dépression profonde et sérieuse, il convient de faire une ou deux ou même trois injections par jour de la solution suivante :

Caféine..............	2 grammes.
Benzoate de soude....	2 grammes 25
Eau distillée..........	10 grammes.

Si l'atteinte dans l'innervation du muscle cardiaque a été légère, on peut se contenter d'administrer la caféine en potion. Le vin toni-cardiaque suivant est pris avec plaisir :

Caféine..............	4 grammes.
Teinture de kola......	20 grammes.
Extrait de quinquina.	20 grammes.
Vin de Banyuls......	1.200 grammes.

Un verre à Bordeaux par jour en plusieurs fois.

Il est souvent suffisant. Quand l'action de la caféine, action fugace et transitoire, ne paraît pas satisfaisante, il ne faut pas hésiter à faire des injections de sérum artificiel. On injecte ici, selon l'âge, et pendant plusieurs jours, 50, 100, 200 cm. c. de la solution de sel marin à 7 ‰ stérilisée.

Enfin, on devra toujours maintenir les enfants dans une atmosphère humide ; comme l'eau pure qui serait cependant suffisante ne paraît pas un agent thérapeutique de haute valeur, on y adjoindra des feuilles d'eucalyptus souvent renouvelées. Le mieux encore sera de vaporiser fréquemment, avec un vaporisateur de Lucas-Championnière, de l'eau dans laquelle on ajoutera par pulvérisation une cuillerée à café de la solution suivante :

Eucalyptol..........	10 grammes.
Essence de thym.....	} ââ 5 grammes.
Essence de citron....	}
Essence de lavande..	
Alcool à 90°.........	150 grammes.

Cette solution n'a pas la prétention d'avoir de valeur thérapeutique, mais elle est odorante et agréable, ce qui suffit, car elle permet d'accepter la vapeur d'eau.

En cas de croup, voici la conduite à tenir :

A. Injecter le sérum.

B. Pratiquer le tubage laryngien et rester en permanence auprès de l'enfant pour désobstruer le tube ou le replacer, s'il se produit une expulsion involontaire. Au cas où l'on ne pourrait rester auprès du petit malade ni placer là un interne exercé, le mieux est de pratiquer plutôt la trachéotomie. C'est encore le moyen le plus sûr, principalement à la campagne ou lorsqu'on est seul ; car il ne faut pas perdre de temps et tâcher de remettre au lendemain.

La décision doit être prise immédiatement.

α. Trachéotomie, en cas de manque d'aides, de défaut d'habitude du tubage, ou d'impossibilité de surveillance.

β. Tubage, à l'hôpital, ou chez les clients très fortunés pouvant faire les frais du séjour d'un aide exercé, établi en permanence auprès de l'enfant.

Quand, au lieu du croup, on a affaire au faux croup, on peut recourir aux moyens conseillés par M. le Dr E. Périer.

1° Combattre le spasme au moyen d'une compresse ou d'une éponge imbibées d'eau chaude, et exprimées, appliquées en avant du cou. Dans des cas exceptionnels, intubation, trachéotomie.

2° Donner un vomitif.

3° Pendant l'accès, potion de demi-heure en demi-heure (par cuillerée à café pour enfants d'un à deux ans, à dessert pour les enfants plus âgés)

Teinture de belladone.	} ââ X à XV gouttes.
Chloroforme.........	}
Alcoolature de racines d'aconit..............	}
Sirop de tolu.........	20 grammes.
Eau distillée de laurier cerise..........	5 —
Eau de tilleul.........	95

4° Prévenir le spasme en donnant toutes les deux heures un des paquets :

Poudre de Dower......	10 à 20 centigr.
Sucre.................	2 grammes.

— 2° Le malade est un adulte.

L'angine diphthérique de l'adulte est beaucoup plus aisée à différencier des autres angines que chez l'enfant.

L'herpès amygdalien se caractérise par une forte élévation de température, par un violent mal de gorge, accompagné de dysphagie et de nausées ; enfin, par l'existence de nombreux points blancs sur les amygdales, avec apparition simultanée de vésicules herpétiques aux lèvres, ou aux narines.

Les ganglions sous-maxillaires sont à peine engorgés et le teint du visage n'est pas altéré.

La diphthérie s'annonce par la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, par la dysphagie et le développement de larges plaques grisâtres au pharynx, aux piliers et jusque sur la luette.

La fièvre est plutôt modérée, mais l'abattement est considérable et le teint est pâle et blafard. La muqueuse du pharynx est tantôt extrê-

mement rouge et congestionnée et tantôt à peine enflammée.

Nous n'insistons pas sur la forme hypertoxique de la diphthérie, qui est caractérisée par le cou proconsulaire, le teint cyanosé, l'encombrement pharyngien pseudo-membraneux, le jetage nasal et le ronflement respiratoire.

Enfin, l'angine pultacée et l'angine cryptique folliculaire se distinguent par la bénignité de la réaction générale ; peu de fièvre, peu de dysphagie, membranes à peine adhérentes, faciles à nettoyer par les lavages et absence de tuméfaction ganglionnaire.

La conduite à tenir est la même que pour l'enfant :

Pour la diphthérie : A. le sérum Roux, B. les lavages antiseptiques et l'abstention de toute manœuvre de grattage et de badigeonnage.

Pour les angines non diphthériques on emploiera les gargarismes, les collutoires, les lavages au borax, au chlorate de potasse ou au chloral et le salol à l'intérieur ; enfin, une ou plusieurs purgations.

Quand le doute subsiste sur la nature des membranes pharyngiennes ou quand on veut savoir si le mucus bucco-pharyngien ne contient plus de bacilles contagieux pour l'entourage, il faut s'adresser à un laboratoire bactériologique. A Paris, cela est facile : il serait à désirer que tous les chef-lieux en fussent pourvus.

Qu'on nous permette, en terminant, de donner la description du laboratoire modèle que possède Paris et qui peut servir de type aux autres villes (d'après le Dr Pellier) :

« Son siège est rue des Hospitalières Saint-Gervais 1 bis. Il est installé dans une partie du marché des Blancs-Manteaux, mieux aménagé qu'auparavant, au point de vue de l'art et de la lumière, avec entrée orientée vers l'est, comprend un vestibule, à gauche duquel se trouve la salle réservée aux personnes qui viennent chercher les nécessaires et les rapporter. Attenant, se trouve le laboratoire de diagnostic des affections contagieuses, avec deux vastes pièces pourvues d'étuves et d'appareils appropriés : un peu plus loin une laverie avec autoclaves pour la stérilisation des cultures et des produits morbides et, plus loin encore, une salle où l'on élève et conserve les animaux neufs.

« A droite du vestibule est la pièce destinée à l'examen des enfants des écoles, sans communication avec les autres pièces. Par le vaste dégagement du fond on gagne le laboratoire affecté à la préparation des milieux de culture et à la confection des nécessaires. On y remarque un appareil pour stériliser par filtration le sérum de sang recueilli aux abattoirs. Puis, vient la salle des étuves que suit le laboratoire d'inoculations, en communication directe avec la salle des animaux inoculés.

« Le premier étage est desservi par des dégagements identiques à ceux du rez-de-chaussée, réservés au service de micrographie des eaux et de l'air : une salle de photo-micrographie et des chambres noires pour le développement des clichés et les études spectroscopiques et polarimétriques.

« Ainsi donc, grâce à l'extension des nouveaux locaux, les analyses demandées par les médecins de la ville et du département de la Seine pourront être effectuées avec encore plus de régularité et de ponctualité. D'après la circulaire préfectorale du 17 juin 1899, le directeur du laboratoire doit mentionner si les bacilles offerts à la culture par les sécrétions pharyngiennes et nasales des enfants des écoles sont *virulents* ou non *virulents*, et si la rentrée en classe est possible ; or, il arrive que beaucoup de parents, faute de temps, ne peuvent ou ne veulent pas aller plusieurs fois au laboratoire. Il serait à désirer que des tubes stérilisés fussent déposés dans les dispensaires des divers arrondissements pour faciliter cette constatation avec l'aide des médecins qui y sont attachés. Il suffirait, en moyenne, de *trois tubes* avec leur ajutage spécial, qui seraient renouvelés chaque mois et apportés par un employé après la petite opération d'ensemencement.

« Une lacune resterait à combler. Il est arrivé souvent que des personnes, venant de la campagne demander un diagnostic, réclamaient en même temps du sérum antidiphthérique, qu'elles ont parcouru souvent diverses pharmacies sans trouver de flacons ; il serait à souhaiter qu'elles sussent qu'il y en a un dépôt au laboratoire et qu'elles peuvent s'en procurer, même le *dimanche*, dans de parfaites conditions d'asepsie, et sans rémunération supplémentaire. Le local étant dans un endroit central, les pharmacies pourraient de leur côté s'y approvisionner. »

Dr Paul HUGUENIN.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

L'insuffisance ovarienne et son traitement

Par le Dr Paul PETIT.

Lauréat de l'Académie de Médecine.

Mulier tota in ovario.

Nous savons actuellement que la plupart des glandes ont deux sortes de sécrétion : une sécrétion externe qui s'écoule au dehors et une sécrétion interne destinée aux milieux intérieurs.

Par *insuffisance ovarienne* (Jayle) on entend le défaut relatif ou absolu de sécrétion interne des ovaires.

Etiologie et symptomatologie. — L'insuffisance ovarienne peut être due : 1° à une hypotrophie congénitale ou à un arrêt de développement ; 2° à une infection ascendante, à point de départ vulvo-vaginal ; 3° à une infection généralisée, et introduite par une toute autre voie ; 4° à des intoxications non microbiennes, d'ordres divers ; 5° à la congestion permanente ou répétée ; 6° à l'ablation chirurgicale des ovaires ; 7° à la ménopause.

L'hypotrophie ovarienne s'accompagne, pour ainsi dire toujours, d'un défaut de développement du reste de l'appareil génital et de tout l'ensemble du sujet. La vulve est étroite ; le vagin très court ; l'utérus se présente sous le type *infantile* ou *pubescent* : dans le 1er cas le corps utérin est très petit, ordinairement coudé à angle aigu sur un col deux ou trois fois plus long (comme au moment de la naissance), conique ou tapiroïde, avec orifice externe sténosé ; dans le second cas (*utérus pubescent*), l'organe tout entier est plus petit, plus mince qu'à l'état normal.

Le sujet est de petite taille, mal venu et l'on ne s'étonnera pas de lui découvrir les stigmates de la syphilis héréditaire.

L'infection ascendante, à quelques exceptions près, est d'origine puerpérale ou gonococcique. Elle détermine du côté des ovaires des lésions assez variées, kystiques on non, dans le détail desquelles je ne puis entrer ici.

On sait depuis longtemps qu'un bon nombre de maladies infectieuses peuvent provoquer l'ovarite folliculaire, qu'il en est ainsi des fièvres éruptives, notamment de la scarlatine et de la variole (Tait), de la fièvre typhoïde, du typhus exanthématique, du choléra (Slavjansky) et parfois de la grippe. Les expériences toutes récentes de Matchinsky (1) sont venues apporter un appoint très précis à la question ; cet auteur a en effet démontré que les injections des toxines tétaniques, diphtériques, amènent l'atrophie d'un nombre considérable d'ovules. Mais il a été plus loin encore (et on rentre dans le quatrième de nos énoncés étiologiques) en prouvant que les ovules étaient très sensibles à toute influence nocive pour l'organisme entier : ainsi les ovules s'atrophieraient-ils en beaucoup plus grand nombre chez les animaux en captivité, ou du fait de l'introduction dans l'organisme de toxines faibles, telles que la levure de bière pathogène ; ils auraient, pour les substances toxiques, d'ordre organique ou non, une affinité toute particulière et qui leur serait fatale.

Il y a longtemps que nous connaissons les effets sur l'ovaire des intoxications par l'arsenic, le phosphore (Slavjansky, Tait) et nul doute que l'arthritisme, de par la puissance sclérosante de ses déchets, n'explique bien des insuffisances ovariennes et des stérilités.

D'autre part, la structure éminemment vasculaire, et les fonctions particulièrement actives de l'organe en question, expliquent suffisamment l'attention que l'on doit prêter à tout un ordre de causes qui relèvent de l'expérience des siècles : excès et perversion des rapports conjugaux, impression du froid au moment des règles, onanisme, perturbations morales. J'ai décrit le premier, je crois, les lésions déterminées dans les ovaires par le varicocèle pelvien ; elles sont beaucoup plus communes qu'on ne le croit ; il faut toujours y penser chez les femmes variqueuses, particulièrement chez celles qui ont des varices vulvaires ou inguinales.

J'ai souvent constaté, en cas de fibrome, des scléroses hypertrophiques ou atrophiques des ovaires, sans inflammation véritable, scléroses difficilement appréciables par l'examen clinique, et qui, de par l'impuissance fonctionnelle qu'elles engendrent, peuvent avoir leur part dans le syndrome morbide (2).

Ce syndrome consiste surtout en : bouffées de chaleur en dehors des digestions, — sueurs exagérées, — céphalée, rachialgie, — asthénie neuro-musculaire — insomnie — troubles psychiques (irritabilité, émotivité, hypochondrie, aboulie, perte de la mémoire), — dyspepsie de caractère variable.

Les principaux traits de ce tableau ne sont autres que ceux de la neurasthénie féminine, nous n'en disconvenons pas ; mais ce que nous voulons précisément démontrer, c'est la grande part que semble prendre l'insuffisance ovarienne à la genèse de la maladie de Brard chez la femme.

En dehors des influences générales relevant de notre genre de vie, à l'aurore d'un nouveau siècle, vie mondaine au haut de l'échelle, surmenage musculaire dans les basses classes, surmenage moral pour les unes et les autres, avec son cortège ordinaire de chagrins et de déceptions, variables dans leurs causes, mais uniformes dans leurs effets, nous sommes tous d'accord pour admettre, en tant que causes individuelles de la neurasthénie : l'hérédité, les infections et intoxications, les frayeurs et traumatismes. L'hérédité nerveuse est *similaire* ou, beaucoup plus souvent, *dissemblable*, c'est-à-dire que la tare nerveuse change de forme en se transmettant ; il y a encore l'hérédité *de transformation*, dans laquelle les maladies de nature arthritique deviennent les génératrices. Pour ce qui est des infections et intoxications en dehors de celles dont nous avons déjà parlé, en exposant l'étiologie de l'insuffisance ovarienne, on a coutume d'insister, et avec raison, sur l'influence très directe des abus d'alcool, de tabac, de morphine, de cocaïne, etc.

Nul doute que toutes ces causes ne puissent agir *directement* sur le système nerveux. Mais n'est-il pas, à priori, croyable qu'elles puissent produire, à titre égal ou prédominant, comme intermédiaire, la perturbation fonctionnelle d'autres organes ? ou encore que tel trouble organique, tout en relevant de facteurs qui lui sont propres, puisse être une cause suffisante de neurasthénie ?

On a beaucoup discuté à ce sujet sur les gastropathies. Dans un livre encore tout récent (1), MM. Ballet et Proust écrivent ceci : « Il n'est pas douteux qu'une émotion violente et subite, un choc traumatique ou toute autre cause, puisse provoquer l'apparition rapide et *simultanée* des troubles digestifs et des autres symptômes neurasthéniques. » Mais, d'autre part, « lorsqu'après une période plus ou moins longue, durant laquelle les troubles digestifs ont seuls occupé la scène, on voit apparaître chez les malades le cortège habituel des symptômes de l'épuisement nerveux, rien n'est plus légitime que d'imputer au trouble des fonctions digestives le développement de la névrose », et cela, qu'il faille mettre directement en cause les toxines engendrées par fermentation (Bouchard) ou les produits albuminoïdes dérivés des modifications qualitatives subies par la digestion gastrique (Hayem et Winter).

De même si, chez une femme, les symptômes nerveux ont été précédés de troubles marqués du côté des ovaires, est-on autorisé à penser : *ceci a engendré cela*. Mais voyez à quelle absur-

(1) Matchinsky. — De l'atrophie des ovules dans les ovaires des mammifères (*Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1900).

(2) Il s'en faut que toutes les femmes répondant aux diverses conditions étiologiques que nous venons d'indiquer, particulièrement celles qui sont atteintes de lésions inflammatoires des annexes, présentent des troubles de l'insuffisance ovarienne, mais on peut admettre que chez celles-là, la sécrétion interne de l'ovaire se trouve remplacée par celle d'une autre glande, le corps thyroïde par exemple.

(1) Gilbert, Ballet et Proust : L'hygiène du neurasthénique (Manon et Cie, édit., 1897.)

lité, à quel désastre peut aboutir un raisonnement par trop simpliste : hier encore, de cette antécédence des troubles ovariens, on tirait cette conclusion : les ovaires sont les premiers en cause, supprimons-les donc et tout rentrera dans l'ordre, et l'on s'étonnait qu'après la *castration pour troubles nerveux* ceux-ci ne fissent qu'empirer ! Les ovaires de cette femme criaient leur insuffisance et vous les avez supprimés : n'est-ce pas le coup de grâce donné à cette malheureuse déséquilibrée du ventre et du cerveau ?

Dans ce même livre, que je viens de citer, on trouve encore ceci : « La neurasthénie féminine représente un type à part... Son étiologie est un peu particulière : tantôt elle est consécutive à des désordres douloureux de l'appareil utéro-ovarien ; plus souvent elle est la conséquence du surmènement physique, intellectuel ou moral, et parmi les circonstances qui sont susceptibles de provoquer ce surmènement il en est une qu'on retrouve souvent à l'origine : les soins réguliers et continus que la femme, en sa qualité de garde-malade naturelle, est souvent obligée de prodiguer à un de ses proches etc. » Et un peu plus loin : « Nous avons vu que les affections utéro-ovariennes chez la femme pouvaient être le point de départ, la cause provocatrice d'un état neurasthénique bien déterminé. Mais il est clair que les lésions organiques et les troubles fonctionnels de l'appareil génital n'exercent aucune action spécifique sur les centres nerveux. Ils n'ont que la valeur d'un puissant facteur d'épuisement nerveux parmi tant d'autres et rien de plus. Si on la retrouve fréquemment à l'origine des états neurasthéniques, c'est qu'ils agissent avec une intensité particulière sur l'état moral des malades, par les préoccupations tristes, les inquiétudes, les peurs qu'ils entretiennent dans leur esprit. »

Tout ceci est fort bien dit ; mais il y a plus, et nous devons voir actuellement, dans l'influence des affections ovariennes, autre chose qu'une action aussi banale : c'est-à-dire la suppression d'une sécrétion interne qui, pour l'équilibre du système nerveux de la femme, ou plus précisément encore, pour son système vaso-moteur, joue le rôle d'un véritable spécifique.

Cherchant le pourcentage des neurasthéniques, suivant les classes sociales, dans le sexe masculin, MM. Ballet et Proust arrivent pour 598 malades aux résultats suivants :

Commerçants et industriels...	198
Employés....................	130
Professeurs..................	68
Etudiants....................	56
Officiers....................	38
Artistes.....................	33
Sans-profession..............	19
Médecins.....................	17
Agriculteurs.................	17
Ecclésiastiques..............	10
Savants......................	6
Ecoliers.....................	6
Ouvriers.....................	6

Ainsi, 23 individus vivant du travail manuel (17 agriculteurs et 6 ouvriers) pour 575 travaillant plus ou moins du cerveau.

J'ignore si pareille statistique a été faite pour le sexe faible. Mais il n'est pas un gynécologiste qui ne soit prêt à affirmer qu'elle donnerait des résultats tout autres ; j'estime, pour ma part, que la neurasthénie féminine s'égalise entre les classes sociales, et que, si elle tend à pencher, c'est plutôt du côté des ouvrières favorisées du sort ; et je ne m'en étonne pas, car celles-ci ne peuvent profiter, au même degré que les classes riches, des énormes progrès que nous avons fait dans la voie de l'hygiène générale et de la prophylaxie génitale.

Que peut-on invoquer, dans tel cas donné, hormis l'antécédence de la suppression physique ou fonctionnelle ou encore des anomalies ou altérations des ovaires, pour porter le diagnostic d'insuffisance ovarienne ? Assurément, cette insuffisance ne se révèle point par des troubles aussi caractéristiques que ceux engendrés par la suppression du pancréas, du corps thyroïde par exemple ; cependant, au milieu du cortège général de la neurasthénie découvre-t-on deux symptômes assez spéciaux : les bouffées de chaleur, à peu près constantes, et les sueurs normales assez fréquentes. D'autre part, la médication spécifique serait là pour prouver la nature du mal. Mais, avant d'en parler, tirons de tout ce qui précède, au point de vue de l'examen des malades, une conclusion pratique :

La neurasthénie devient de plus en plus commune chez les femmes, et il faut toujours en tenir grand compte pour leur éviter des traitements inutiles ou nuisibles et les diriger dans la voie qui leur convient. Les grands stigmates de la névrose une fois reconnus, tout n'est pas fait : encore importe-t-il d'en découvrir les causes. Or, à côté des influences communes aux deux sexes (particulièrement le surmenage moral), si l'homme a spécialement contre lui le surmenage cérébral, l'alcoolisme, etc., la femme, du seul fait de la menstruation, de l'accouchement, a bien plus souvent que l'homme, dans ses organes génitaux ou, pour mieux dire, dans le plus important, le plus noble de ces organes, l'ovaire (les autres ne faisant fonction que d'enduit) un substratum à déséquilibration nerveuse. Ce substratum, il faut le voir, non pas directement dans l'hypertrophie, l'altération ou la suppression des ovaires, mais dans l'insuffisance absolue ou relative de la sécrétion interne de ces organes.

Assurément, peu de médecins omettent, chez une neurasthénique, d'interroger le fonctionnement de l'estomac et des organes génitaux, mais comment le fait-on d'habitude et suivant quelles tendances ? Supposons qu'on ait diagnostiqué, tout à la fois, une dyspepsie nervo-motrice et un catarrhe du col, coexistence fréquente, n'est-il pas ordinaire qu'on s'en tienne là et qu'il soit communément admis que, le catarrhe une fois guéri, la dyspepsie, quelques moyens aidant, doive s'amender ? Je ne dis pas qu'il n'y ait du vrai dans cette croyance, mais on peut obtenir des résultats meilleurs, si l'on consent à ne jamais négliger l'examen des ovaires, sans oublier leur état fonctionnel (car l'absence d'irrégularités d'ordre physique, constatables au doigt même exercé, n'implique pas l'intégrité organique). Des signes avérés ou un simple soupçon d'hypotrophie ou d'altération dans leur structure, étant données les relations morbides si manifestes entre ces organes et le col utérin, ne sont qu'un encouragement de plus à traiter la leucorrhée, mais commandent encore, tout un ordre d'indi-

cations spéciales variables suivant les circonstances et qui restent à exposer.

Prophylaxie. — D'après les éléments étiologiques, la prophylaxie de l'insuffisance ovarienne peut se résumer ainsi : surveiller de près l'établissement de la puberté et le favoriser par une hygiène appropriée ; — éteindre, dès ses débuts, et par les moyens rapides, toute infection génitale ; — se souvenir que les oreillons, la grippe, la rougeole, etc., malgré leurs apparences bénignes, peuvent atrophier en masse les ovisacs ; — qu'il en est de même des poisons inorganiques, étant donnée l'affinité toute spéciale des ovaires pour les substances toxiques. Et l'on ne peut s'empêcher, en ces temps de cacodylisation à outrance, d'accorder une mention spéciale à l'arsenic (expériences plus haut relatées de Matchinsky),

Demandons pour les femmes surmenées moins de travail et plus d'exercice. Rappelons-nous, l'atrophie en masse des ovules chez les animaux en captivité ; il serait intéressant de se rendre compte s'il en est de même pour les femmes soumises à la même influence, pour les religieuses cloîtrées par exemple. Conseillons la modération et la régularité, à tout point de vue, des rapports sexuels. Maintenons les variqueuses un peu plus longtemps au lit, après leurs couches, et interdisons-leur les grossesses trop rapprochées.

Mais, avant tout, soyons ménagers des ovaires !

Si l'utérus seul doit être enlevé, pourquoi les ovaires le suivent-ils si souvent par la brèche ? S'ils sont malades au point de nécessiter, pour leur compte, l'intervention chirurgicale, pourquoi celle-ci n'est-elle pas plus souvent conservatrice ? Que penser à ce point de vue de la *ponction simple*, de l'*ignipuncture*, de la *résection* (1), spécialement opposés à la forme la plus commune de l'ovarite, l'ovarite scléro-kystique ?

J'avoue, qu'à mes yeux, ignipuncturer ces organes déjà en plus grande partie scléreux, c'est risquer de compromettre les quelques zones ovigènes encore intactes. Ouvrons ces kystes avec la pointe du thermo-cautère, soit, bien que leur contenu ne soit guère à craindre (il est ordinairement aseptique on n'abrite, en tout cas, que des micro-organismes peu nombreux et de virulence très atténuée) ; mais respectons les tissus ambiants, sous peine de favoriser et accentuer le processus déjà en puissance. Pour ce qui est de la *résection*, c'est une opération très logique quand on peut facilement distinguer ce qui est sain dans l'organe de ce qui ne l'est pas, mais il est loin d'en être toujours ainsi. En somme, la pratique la meilleure me paraît être la suivante :

Sauf dans les cas où tout le système génital semble irrémédiablement perdu (en ce cas il faut *ordinairement* préférer la voie *vaginale*), commencez par pratiquer le laparotomie : quoi qu'on en ait dit, on pourra toujours mieux discerner et mieux évoluer à travers la fenêtre ventrale que par la lucarne vaginale. Les deux ovaires étant dégagés de leurs adhérences, si, chez l'un d'eux, la multiplicité des kystes et la consistance des cloisons interposées sont telles qu'on ne peut trouver une zone plus saine que le reste, on enlève cet organe en entier. L'autre présente souvent, Dieu merci, en sa presque totalité, ou du moins en quelque point, cette coloration et cette rénitence toute spéciale du tissu ovarien en bonne santé : dans le second cas, je comprends que l'on fasse la résection ; dans le premier, il faut se contenter d'ouvrir les kystes et d'en détruire l'épithélium, soit en usant de la pointe du bistouri et d'une compresse sèche, soit en utilisant le thermo-cautère avec les ménagements indiqués plus haut. En effet, dans ce premier cas, l'ovaire est à peine atteint ou même il peut être considéré comme *tout à fait indemne*. Je m'explique :

On comprend que, chez une femme dont l'ovulation est particulièrement active, *un certain nombre de follicules évoluent simultanément vers la ponte* (1). « L'un d'eux ayant accompli le cycle complet, les autres, ceux qui ne faisaient que l'accompagner, comme pour assurer la ponte, s'arrêtent dans leur accroissement. Ils se présentent alors à l'état de kystes, avec dégénérescence de leur épithélium, ou sont envahis par une prolifération de tissu muqueux analogue à celui qui éclaircit les follicules primordiaux chez le fœtus à terme. » Je vous le demande, est-ce là une maladie ? Assurément non : ce n'est qu'une *suractivité physiologique*, constitutionnelle ou accidentelle, qui côtoie l'état morbide, mais sans y rentrer et ne saurait mériter la peine capitale ! A ne voir partout que l'inflammation, à vouloir toujours la traiter comme les néoplasmes, on va beaucoup trop loin dans la voie du sacrifice, et il est à souhaiter que les chirurgiens et médecins de l'avenir se pénètrent davantage des lois d'évolution de cet organe, incessamment employé à pousser en avant, pour la ponte, ses cohortes de follicules primordiaux, tirés de ses innombrables réserves, à les faire fructifier et à résorber les inutiles cadavres de leurs enveloppes, les corps jaunes. Pour dire qu'il y a ovarite scléro-kystique, il ne suffit pas de trouver quelques petits kystes à la surface d'un ovaire, il faut que ces kystes *soient nombreux, qu'ils dépassent au moins le volume du follicule qui va pondre (soit 2 cm. de diam. environ) et qu'il y ait sclérose concomitante du stroma.* De même, pour dire qu'il y a *kyste du corps jaune*, au moins faut-il que le corps jaune considéré soit d'assez *grandes* dimensions (le corps jaune *normal* de la *grossesse* atteint ou dépasse la moitié du volume de l'ovaire).

Le lecteur me pardonnera d'entrer dans tous ces détails et voici pourquoi. Il n'en est pas un d'entre nous, ayant quelque peu grisonné sous le harnais, qui ne se soit pas trouvé dans la situation suivante. On fait une laparotomie à une de ses malades pour ovaro-salpingite ; le ventre est ouvert et le chirurgien qui tient en mains les annexes, demande souvent par politesse : « Allons-nous les enlever des deux côtés ? » Et le praticien de répondre ordinairement « Je vous ai confié ma malade, je m'en remets à vous. » Eh bien ! je ne comprends pas, de cette

(1) Au dernier Congrès internat. de méd. de 1900, P. Dudley a proposé une opération nouvelle, l'*implantation intra-utérine de l'ovaire*, qu'il a pratiquée une fois et qui a pour but de prévenir tout en même temps : l'insuffisance ovarienne et la stérilité.

(1) Paul Petit et Stéphane Bonnet. Traité pratique de gynécologie.

façon, pour ma part, le rôle du médecin traitant : s'il ne peut, étant donné le développement actuel de notre art, aborder toutes les interventions, au moins doit-il en *connaître à fond toutes les indications*, et pouvoir les discuter avant et pendant l'opération avec le chirurgien, qui ne doit être que son collaborateur.

Traitement. — 1° Aux jeunes filles chez lesquelles nous constaterons les signes physiques de l'hypotrophie congénitale, avec son cortège de troubles menstruels (oligomenorrhée, aménorrhée, dysménorrhée), conseillons, je le veux bien, le tonique médicamenteux qui répondra le mieux à leur état constitutionnel, c'est-à-dire suivant les cas : sirop d'iodure de fer et huile de foie de morue ; hémoglobine ou oxalate de fer ; glycéro-phosphate ; cacodylate de soude, mais toujours à petite dose, pour éviter les phénomènes d'intolérance, indice d'une intoxication qui pourrait bien laisser du côté des ovaires des traces beaucoup plus durables que partout ailleurs. Deux ou trois cures, à une année de distance, à Saint-Sauveur ou aux eaux chlorurées de Salies-de-Béarn, Biarritz, Salins, etc., ne pourront que faire le plus grand bien, mais il faut insister surtout sur les moyens d'ordre physique :

Exercice au grand air : à pied, à cheval, à bicyclette. — *Hydrothérapie* : douche mobile, froide et courte, sur les reins et les membres inférieurs. *Gymnastique et particulièrement gymnastique suédoise* : *Mouvements congestionnants* : « les uns sont *actifs* et consistent en une série d'attitudes de flexion et de redressement du corps, la malade se tenant alternativement sur l'un et l'autre pied. Les mouvements *passifs* sont exécutés par l'opérateur qui imprime successivement des mouvements de circumduction à l'une et à l'autre articulation coxo-fémorale. » On obtient les mêmes résultats à l'aide d'un fauteuil spécial à oscillations horizontales. — *Massage* et mieux *osmothérapie* à l'aide de virateurs mécaniques actionnés par l'électricité. — Enfin, *électrisation* : deux électrodes de grande surface étant appliqués, l'un sur la région lombo-sacrée, l'autre sur l'hypogastre, on fait d'abord passer pendant 10 minutes un courant galvanique de 40 à 50 milliampères, puis pendant 5 minutes un courant faradique émanant de la bobine à gros fil. Les séances seront renouvelées tous les deux jours. Il est également rationnel de chercher à modifier l'état général, chez les femmes aux échanges ralentis, avec les courants de haute fréquence et chez les nerveuses avec le bain statique. Pour les troubles d'insuffisance ovarienne inhérente à la ménopause, j'ai continué d'insister sur l'hydrothérapie quotidienne (douche en jet brisé, généralisée, froide, 10 secondes), sur la régularisation des garde-robes, l'usage des préparations de quinquina, plus, chez les congestives, une petite saignée locale mensuelle à l'aide de 3 à 4 sangsues appliquées à la face externe d'un bras ;

2° Pour toutes les femmes atteintes d'insuffisance ovarienne, de quelque nature qu'elle soit, il y a lieu d'appliquer le traitement général de la neurasthénie, en veillant spécialement au rétablissement des fonctions de l'estomac. Qu'on ne s'y trompe pas : les gastropathies de ces malades, quand elles sont secondaires, relèvent beaucoup plus souvent du système nerveux et probablement aussi des ovaires que de l'*utérus*, comme on le croit encore communément : s'il n'y a du côté des voies génitales que du catarrhe cervical, assurément, en le guérissant, en arrêtant cette saignée blanche, continue, on contribue à restaurer la dynamogénie mentale et physique de la malade, et l'estomac, par voie réflexe, ne pourra que s'en bien trouver ; mais si l'on s'en tient là, si l'on ne modifie pas le chimisme gastrique, l'équilibre nerveux, l'effet produit ne sera guère appréciable ; de même si, après avoir corrigé chirurgicalement le prolapsus utérin, on omet de combattre la ptose des viscères abdominaux, par la ceinture de Glenard et un régime approprié, le bénéfice acquis ne dépassera pas les limites du pelvis (restauration de la marche, de l'appétit sexuel, disparition des pesanteurs pelviennes, etc.). — Il est probable qu'en y regardant d'un peu plus près à l'avenir nous nous rendrons compte que, chez ces génitales, l'amélioration gastrique que l'on rapportait volontiers à la guérison des lésions utérines, dépend beaucoup plutôt de l'amendement ou de l'extinction des affections ovariennes ; si bien que le vieux dicton : *Mulier tota in utero* devrait se moderniser de la façon suivante : « Mulier tota in ovario. » En tout cas, ce que nous savons déjà très bien, c'est qu'il est indispensable pour relever leurs fonctions digestives de s'adresser au système nerveux et de traiter directement les troubles gastro-intestinaux, en se méfiant des désastres de la polypharmacie.

3° *Opothérapie ovariennes.* — L'opothérapie ovarienne prétend suppléer directement à l'insuffisance de la sécrétion interne de l'ovaire, par l'administration d'extraits d'ovaires d'animaux. M. Jayle, qui a particulièrement étudié la question, conseille l'ingestion de deux capsules de 0.25 d'ovarine pro die. Je donne pour ma part 3 à 4 capsules de 0 gr. 20, pendant 20 jours par mois. La méthode réussirait particulièrement bien dans les cas où l'insuffisance serait d'ordre physiologique (hypotrophie, ménopause). J'ai déjà employé cette médication dans un grand nombre de cas et j'avoue ne pas pouvoir partager encore l'enthousiasme de ses protagonistes. Cependant, comme elle semble sans inconvénient, je continuerai à essayer tant qu'elle n'aura pas subi le sort de tant d'autres dont la caducité n'a eu d'égale que celle des empires. Et je vous engagerai, ô vous, qui avez eu le courage de me lire, à en faire autant, quand ce ne serait que pour éviter le reproche : de n'être pas dans le train.

On me permettra de passer sous silence les tentatives de *greffes ovariennes*, pour la raison qu'elles ne me semblent pas avoir encore donné de résultats assez probants.

Dr Paul Petit.

CORRESPONDANCE

La loi sur la pharmacie.

Villiers, le 28 octobre.

Monsieur le Directeur,

D'après le compte rendu de la Séance de la Chambre des Députés en date du 5 juillet 1900, la proposition de loi relative à l'exercice de la pharmacie a été adoptée dans une première délibération.

Elle fixe à six kilomètres, pour les médecins habitant les communes sans pharmacien, le droit de faire la pharmacie sans tenir officine ouverte.

Mais le même article 11, après le vote en 1893 du même projet en seconde lecture par la Chambre des Députés, donnait toute latitude aux médecins de faire la pharmacie d'ordonnances, sans tenir officine ouverte, s'ils étaient éloignés de plus de quatre kilomètres d'un pharmacien diplômé.

Combien depuis sept ans se sont établis à 4 ou 5 kilomètres de pharmaciens, dans des localités où il y a toujours eu des médecins, et qui, confiants dans l'adoption définitive d'une mesure acceptée préalablement deux fois par la Chambre, 1 fois par le Sénat, vont voir leur situation compromise et tous leurs efforts annihilés du fait du changement de la distance.

Il est d'autant plus juste de respecter les droits acquis par le médecin établi à 4 ou 5 kilomètres d'une pharmacie ancienne ou nouvelle, et de lui laisser délivrer les remèdes jusqu'à la fin de sa carrière, (sauf toutefois si le pharmacien vient dans le centre de la localité où il est établi et dans ce cas un laps de temps de plusieurs années lui serait accordé) qu'une disposition analogue existe pour les pharmaciens depuis la loi d'avril 1898.

Cette loi, n'admettant qu'une seule classe de pharmaciens, a voulu, *comme disposition transitoire*, que les pharmaciens de seconde classe (beaucoup moins instruits que ceux de première quand ils ont suivi leurs cours dans une école secondaire, la scolarité étant moins longue) jouissent également du droit de s'établir dans un autre département que celui où ils résident, et choisi par eux à la fin de leurs études et cela sans passer d'examen, comme c'était autrefois la règle.

— *Mais comment sont comptées les distances* ?

Il faut, dit le projet de loi, que le médecin réside *dans une commune* distante de 6 kilomètres au moins d'une pharmacie...

Cela veut dire que si l'on compte légalement pour les médecins à partir de la mairie, quand bien même ils en demeureraient à 2 ou 3 kilomètres, on ne compte pas de la même façon pour le pharmacien.

Le même article 11 favorise à notre détriment le corps pharmaceutique puisqu'il dit que le médecin « ne peut délivrer des médicaments aux malades près desquels il est appelé et qui résident dans des communes distantes de 6 kilomètres au moins de toute pharmacie ». Six kilomètres de l'officine du pharmacien au bourg d'une commune étendue, c'est donc défendre au médecin de fournir des médicaments à la rive de cette commune, à 9 ou 10 kilomètres du pharmacien, alors que le médecin peut en être beaucoup plus rapproché.

— La loi qui défend à ces médecins même la pharmacie d'urgence, tolère, dans les villes encombrées de docteurs, que les pharmaciens fassent les pansements d'urgence, sans la présence d'un médecin, et presque toujours continuent les premiers soins.

Les communes rurales sont donc lésées : attirés à la campagne par la possibilité de faire la pharmacie, les médecins s'en éloigneront pour aller grossir le nombre déjà si considérable des praticiens de ville.

Il faut que la Chambre revienne à son vote de 1893, vote approuvé en 1898 par les Syndicats, et qui fixait à quatre kilomètres la distance pour les médecins faisant la pharmacie.

Les distances doivent être comptées de bourg à bourg, de mairie à mairie, même si les médecins ou les pharmaciens habitent un des villages de commune ne dépassant pas dix mille habitants. Tels sont les points que je désirais mettre en lumière.

Veuillez agréer, etc.

Docteur Cormier.

REPORTAGE MÉDICAL

Les confrères et les amis du Docteur Léon-Petit, à l'occasion de sa nomination dans l'Ordre de la Légion d'honneur, se proposent de lui offrir un Banquet, et seraient heureux de vous voir vous joindre à eux, le Mardi 20 Novembre prochain, au Palais d'Orsay (9, quai d'Orsay), à sept heures et demie.

La souscription de Vingt francs est reçue chez MM. les Docteurs Hérard, 12 bis, place de Laborde; Blache, 5, rue de Surène ; Dereco, 29, avenue Friedland, et au siège de l'œuvre des Enfants Tuberculeux, 35, rue Miromesnil.

Conférences de déontologie. — MM. les docteurs P. Le Gendre et G. Lepage commenceront le lundi 26 novembre, à 8 heures et demie du soir, des conférences de déontologie médicale dans le petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine. Les conférences suivantes auront lieu les lundis 3 et 10 décembre et les vendredis 30 novembre, 7 et 14 décembre.

Bibliographie. — Notre si apprécié collaborateur, M. le Dr Courgey, d'Ivry-sur-Seine, vient de publier à la *Bibliothèque de la jeune Mère*, 55, rue de la Pompe, Paris, un intéressant petit volume de vulgarisation qui s'appelle *Les prompts secours en actions*. C'est la médecine d'urgence, mise à la portée des mères et des maîtresses de maison, et bien limitée à ce qu'il convient de faire en attendant le médecin, car notre confrère a grand soin de répéter que ce petit manuel ne saurait, de quelque façon que ce soit, suppléer le praticien. N'est-il pas vraiment utile d'apprendre au public à remplacer tous les remèdes de bonne femme, distribués avant notre arrivée près du blessé, par des pratiques utiles et en tout cas non dangereuses ? Le petit livre de M. le Dr Courgey n'a pas d'autre prétention que celle-là, mais cette prétention est légitime et il convient de l'aider à l'atteindre.

Le règlement d'administration publique de la loi mutuelle. — Le conseil supérieur des sociétés de secours mutuels, qui a siégé pendant plusieurs jours au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. H. Audiffred, député et président de l'Association nationale républicaine, a définitivement adopté le règlement d'administration publique qui doit, en exécution de la loi du 1er avril 1898, déterminer les conditions et les garanties à exiger pour l'organisation des caisses autonomes que les sociétés ou les unions pourront constituer.

Ce règlement détermine, en outre, toutes les mesures d'application destinées à assurer l'exécution de la loi.

Il sera soumis prochainement au Conseil d'Etat.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4565. — M. le Docteur Abrial, du Puy (Haute-Loire), membre de l'Association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire.

N° 4566. — M. le docteur Aurand, de Lyon (Rhône), membre de l'Association des médecins du Rhône.

N° 4567. — M. le Docteur Masson, de Frétigney (Haute-Saône), membre du Syndicat des médecins de la Haute-Saône.

N° 4568.— M. le Docteur Pize, de Quingey (Doubs), membre de l'Association des médecins du Doubs, de la Société de médecine de Besançon et de l'Association amicale des médecins français.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 47 24 NOVEMBRE 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

ÉCHOS DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Nos diverses Assemblées générales se sont tenues dimanche dernier et, malgré les regrets causés par l'absence du Dr Cézilly, auquel son état de santé ne permet pas encore de semblables fatigues, elles ont eu un plein succès. Les voyages à l'Exposition nous avaient fait craindre bien des absences, nos craintes ne se sont pas réalisées : l'assistance était nombreuse aux diverses réunions, ainsi qu'au banquet confraternel qui a suivi.

L'*Association amicale* a commencé avec le Dr Maurat pour Président. La réunion avait, cette année, une importance exceptionnelle, puisqu'elle avait à recevoir communication de l'inventaire sexennal statutaire dressé par les actuaires et à prendre les déterminations nécessitées par leurs observations.

Des rapports des actuaires, du trésorier et du secrétaire-général il ressort que la situation de l'*Amicale* est des plus florissantes et que sa réserve dépasse largement le chiffre exigé par les calculs. C'est là une constatation du meilleur augure pour l'avenir et nul doute qu'elle n'amènera à cette association nombre de confrères encore hésitants.

Cependant l'examen du coefficient de morbidité rapproché des journées de participation a paru nécessiter, surtout en ce qui concerne la combinaison B, quelques modifications statutaires. Ce n'est pas qu'il s'agît d'innover, mais il convenait de préciser quelques points, afin d'éviter pour l'avenir des déceptions ou des difficultés toujours regrettables.

Disons immédiatement que toutes les résolutions, après les explications nécessaires, ont été votées à l'unanimité et seront exécutoires dès le 1er janvier 1901.

Puis on a procédé au renouvellement du Bureau : M. le Dr Cézilly a été nommé Président d'honneur, M. le Dr Maurat est devenu Président et a été remplacé à la Vice-Présidence par M. le Dr Henri Cézilly ; les Drs Jeanne et Gassot restent respectivement Secrétaire général et Trésorier ; enfin le Dr Mignon devient secrétaire des séances. Contrôleurs : MM. les Drs de Saint-Cyr de Montlaur et Lambry.

L'assemblée du *Sou médical* a suivi sous la même présidence du Dr Maurat, toujours passionnante d'intérêt à cause du nombre et de la variété des cas d'interventions rappelés par le rapport du Secrétaire-général. Il n'y a pas eu, en effet, moins de 92 interventions de cette ligue de défense et de protection au

cours de l'année, qui vient de s'écouler, et toutes ou à peu près ont été couronnées de succès. Des applaudissements unanimes ont accueilli les paroles de M. Gatineau, quand il a annoncé la retraite en bon ordre de la fameuse *Fraternelle médicale*, et ces applaudissements ont repris lorsqu'un membre a fait ressortir l'incroyable activité déployée par le Dr Jeanne dans cette lutte incessante contre les ennemis du Corps médical.

Le Trésorier a donné ensuite communication de l'état de la caisse, dont la situation satisfaisante permettra sans doute d'aborder à bref délai d'autres points du programme qu'avaient tracés les fondateurs de cette si utile association.

Enfin, est venue l'assemblée du Concours médical : c'est le Dr Gassot qui préside et ouvre la séance en proposant l'envoi au Dr Cézilly d'un télégramme de sympathique gratitude. Puis, l'ordre du jour est adopté et successivement sont examinées les grandes questions professionnelles.

Le projet de révision de la *loi Roussel* est définitivement élaboré : il a été remis à M. le Professeur Labbé et celui-ci compte le déposer sur le Bureau du Sénat le mois prochain.

Les conclusions de M. le Dr Gouffier sur l'*encombrement médical* ont été ensuite soumises à une première discussion, les membres présents insistant sur tel ou tel point qui leur semble particulièrement important. La Commission précédemment nommée et à laquelle sont adjoints les lauréats de cette année, MM. Gouffier, Salomon, Duchesne et Hervé, continuera l'étude de cette formidable question et présentera un rapport à la prochaine assemblée générale.

Revient ensuite la question des *assurances-accidents*, toujours d'actualité, et l'assemblée renouvelle énergiquement aux médecins le conseil de ne pas se lier et d'exiger le tarif du *Concours* qui est admissible, puisque la *Participation* l'a adopté et déclare s'en trouver bien.

Après l'adoption des comptes de l'année écoulée et du budget de l'année qui commence, le Dr Lande a dit quelques mots de la Caisse des pensions dont la fortune s'élève à plus de 825.000 francs et dont les calculs continuent à démontrer la prospérité. Sans doute elle devra prendre la forme mutuelle, mais il convient d'attendre la publication du règlement d'administration publique sur la matière.

Le Dr Pannetier fait une communication analogue en ce qui concerne la *Financière médicale* qui distribuera son premier dividende en 1901. L'Assemblée manifeste son étonnement que des confrères qui jouissent des avantages que leur a assurés la *Participation* hésitent à souscrire une action de la Financière et à faire ainsi un acte de solidarité professionnelle et en même temps un placement pas plus mauvais qu'un autre.

Les propositions des membres du *Concours* sont ensuite examinées et la séance est levée au milieu des applaudissements qui, encore une fois, viennent renouveler l'ardeur des membres du Conseil de Direction.

Au banquet, toasts nombreux soulignés de bans répétés, propos joyeux, rendez-vous pour l'année prochaine. En somme, bonne et réconfortante journée que seule attristait l'absence de celui à qui revient le premier mérite de toutes ces utiles créations.

Les procès-verbaux de ces Assemblées paraîtront dans les prochains numéros.

FEUILLETON

Le coup de l'étrier

Il est certainement peu de confrères qui, actuellement, en cette époque de routes partout carrossables, se voient dans la nécessité de faire leurs courses à cheval. A ceux-là je dédie ce qui suit :

Sur les indications qu'on m'avait données, j'avais mis dans ma sacoche les quelques instruments qui composent mon petit arsenal de gynécologie ; spéculum, pince utérine, curette irrigatrice, laveur hygiénique universel, etc. C'est bien peu, il est vrai, mais que voulez-vous de plus pour un gynécologiste à cheval ? La courroie passée en bandoulière, ayant assujetti la sacoche sur mes reins, le pied dans l'étrier, j'enfourchai ma petite jument que j'ai injustement baptisée du nom de Follette. Agile comme une chèvre, prudente et courageuse comme un âne des Pyrénées, c'est à elle qu'incombe toujours le périlleux honneur de porter son maître dans ses pérégrinations accidentées. Elle s'en acquitte à merveille d'ailleurs, je profite de l'occasion pour lui rendre ce public hommage.

Le parcours fut pénible ce jour-là. Nous cheminâmes par des sentiers escarpés, pierreux, côtoyant quelquefois de profonds précipices. Enfin nous arrivâmes à la pauvre chaumière isolée, où nous étions attendus comme le Messie.

Je me trouvai là en face d'une femme offrant les signes non équivoques d'une infection très avancée. L'étiologie en fut vite trouvée. J'étais en présence d'un avortement de quelques mois avec rétention placentaire. Il n'y avait pas de temps à perdre, on n'en avait déjà que trop perdu. L'indication était nette, il fallait enlever le corps du délit. Je me mettais donc en mesure de l'extirper au plus vite, lorsque me voilà brusquement arrêté dès les premiers préparatifs. Je manquais d'aides pour soutenir, en bonne position, les jambes de la malade. Je n'en avais qu'un, le mari. Or, pour maintenir une femme en position obstétricale, il faut deux aides, un pour chaque jambe. Ils ne sont pas de trop, surtout

LA SEMAINE MEDICALE

La kératalgie traumatique.

M. le Dr *Grandclément* rapporte, dans le *Lyon médical*, une remarquable observation de kératalgie traumatique. Il s'agit d'un homme âgé de 30 ans, qui a eu la cornée de l'œil droit frôlée par la feuille d'un petit arbuste, il y a deux ans. Cet attouchement n'a jamais, à aucun moment, déterminé de plaie ni d'ulcère sur la cornée en question.

Néanmoins, il a souffert pendant les trois jours qui ont suivi cet incident, en apparence insignifiant ; ces souffrances continuelles se manifestaient par une sensation de cuisson intense, surtout lorsqu'il voulait fermer l'œil, avec photophobie et larmoiement abondant et continu.

Après ces trois jours de souffrance, tout a semblé rentrer dans l'ordre.

Mais, ainsi que cela se produit dans cette affection bizarre, quelques semaines après, il a senti ces douleurs revenir pendant la nuit seulement, sur le matin, et jamais pendant le jour. Il est réveillé, non pas toutes les nuits, mais de loin en loin, par une sensation très pénible de sécheresse et de cuisson ardente de l'œil autrefois touché; cette douleur dure de 10 à 40 minutes jusqu'à ce qu'il se produise un abondant écoulement de larmes ; alors seulement il peut écarter les paupières et la scène douloureuse ne tarde pas à prendre fin.

Plus rarement, il est repris d'une crise aussi douloureuse et aussi longue que celle qui a suivi immédiatement l'accident, c'est-à-dire qu'elle dure sans répit pendant trois jours environ.

Il n'y a qu'un remède qui soulage ces malades, c'est la cocaïne en instillations répétées aussi souvent et aussi longtemps que l'exige la durée de la crise.

Mais, pour avoir raison de ces crises prolongées, M. Grandclément emploie actuellement l'euphthalmine concurremment avec la cocaïne. Autrefois, il employait l'atropine avec la cocaïne ; mais l'euphthalmine, qui possède à peu près la même action thérapeutique sur les douleurs ciliaires que l'atropine, a le grand avantage sur celle-ci de ne dilater la pupille que pendant cinq heures et de paralyser ou mieux *parésier l'accommodation* pendant une heure seulement ; de telle sorte que le malade peut reprendre ses occupations aussitôt que la crise est terminée.

C'est là un grand avantage à l'actif de ce merveilleux mydriatique, l'euphthalmine.

Ces ressources thérapeutiques sont très importantes à connaître pour les cas de *kératalgie traumatique* ; car ces *blessés sans l'être*, ces *pseudo-blessés* qui n'ont généralement aucune plaie visible ou appréciable de l'œil, souffrent ainsi périodiquement, pendant la seconde moitié de la nuit, durant des années et des années.

M. Grandclément a expliqué cette douleur singulière, à retours périodiques et prolongés, en supposant que le corps vulnérant a blessé l'un de ces petits nerfs cornéens qui viennent presqu'affleurer à la surface de la cornée entre les cellules épithéliales de cette membrane, sous forme d'un bouton de manchette.

Le stypage contre l'orchite.

Dans une récente thèse, M. le Dr *J. Roger* étudie l'action thérapeutique du stypage contre l'orchi-épididymite blennorrhagique, et il arrive à cette conclusion que c'est une méthode sans dangers, sans contre-indications, et absolument efficace, contre les douleurs de cette affection. Le stypage agit comme révulsif et comme irritant réflexe des fibres lisses dartoïques. Pour pratiquer le stypage, on peut employer les tampons stypes du Dr Bailly, ou même simplement un tampon d'ouate hydrophile monté sur une pince hémostatique. M. Roger préfère le procédé du Dr du Castel qui consiste à appliquer directement le chlorure de méthyle sur les bourses à l'aide d'un pinceau en blaireau, à faire en un mot un véritable badigeonnage. Ceci est rendu possible en recueillant le chlorure de méthyle à sa sortie du siphon dans un récipient particulier, le thermo-isolateur de d'Arsonval. Le thermo-isolateur se compose de deux tubes concentriques en verre, dans l'intérieur desquels a été fait le vide, ces deux tubes étant soudés par leur extrémité ouverte. Le tube intérieur sert à recevoir le chlorure de méthyle qui se trouve isolé de la chaleur extérieure par l'espace vi-

---

quand la malade est affaiblie et timorée, incapable de soutenir le moindre effort musculaire.

Ah ! je pensai alors aux appareils ingénieux qui ont été construits ! Je n'ai jamais tant qu'en ce moment apprécié la commodité que doit avoir la béquille de Clover, le porte jambe de X, le porte-pieds de Y. Je n'avais rien de tout cela, sauf le souvenir. A quoi me servait de me souvenir ? ou plutôt, oui, cela me servit ; ce mot de porte-pieds éveilla en moi une idée soudaine qui ressembla sans doute, de près ou de loin comme vous voudrez, à l'éclair du génie.

Je n'avais pas plutôt conçu mon idée que déjà, dans l'étable attenante, j'étais en train de déboucler de ma selle les étriers et leurs courroies respectives. J'arrivai aussitôt, ce trophée en mains, auprès de mes clients qui me regardaient, l'œil béat, le regard interrogateur et déjà quelque peu méfiant, les pauvres gens ne pouvant deviner mes intentions. Je faillis leur crier : eureka. Je me contins, ce mot aurait produit chez eux l'impression d'un cri de sauvage et leur émotion se serait transformée en terreur.

Ayant fait chausser la malade, et l'ayant placée transversalement sur le bord de sa couche, je mets ses pieds chacun dans un étrier ; je passe autour de son cou les courroies que j'avais dédoublées ; j'en fis passer une sur l'épaule et l'autre sous l'aisselle, absolument comme s'il se fut agi de la béquille de Clover. Je confiai l'écartement des jambes à mon aide qui, placé sur un côté, une main sur chaque genou, s'en acquitta fort bien sans me gêner aucunement.

Grâce à ce procédé, j'opérai tranquillement le nettoyage de cet antre infecté, puant la putréfaction. Grâce à de bons lavages, et aussi à mes étriers, la malade guérit. Les streptocoques, les staphylocoques décampèrent, intimidés par ces façons trop cavalières. Et Follette eut la prudence de ne pas nous donner le bacille de Nicolaïer.

Praticiens, mes frères, qui êtes tous plus ou moins gynécologistes, quand vous vous trouverez en peine, pensez au coup de l'étrier.

Dr Decrave.

de. Cette condition lui permet de demeurer à l'état liquide, sans entraîner sur le tube extérieur une précipitation de la vapeur d'eau de l'air ambiant, précipitation qui, sur un tube ordinaire simple, se fait à l'état de neige et constitue une cause énergique de réchauffement. Si on prend la précaution de fermer l'orifice supérieur avec un bouchon de liège présentant une légère encoche latérale pour le passage des vapeurs, on peut conserver pendant 3 heures le chlorure de méthyle à l'état liquide.

Pour remplir le thermo-isolateur, il suffit d'engager dans son ouverture la tubulure latérale du siphon contenant le chlorure de méthyle. Celui-ci sort à l'état de vapeur, mais les vapeurs ne tardent pas à se condenser et se déposent dans le fond du vase sous forme d'un liquide transparent.

La technique de M. Roger est la suivante: le malade étant debout ou couché, la position n'a en effet aucune importance, on saisit le pinceau trempé dans le chlorure de méthyle et on l'applique rapidement sur le scrotum du côté correspondant à l'orchite. On voit alors le scrotum se rétracter énergiquement, la peau en contact avec le pinceau blanchit et se couvre de neige presque instantanément, en même temps que le malade éprouve une sensation de brûlure fort pénible. L'effet cherché est alors obtenu, il ne faut pas insister, car par un contact plus prolongé, la peau deviendrait dure, parcheminée, se creuserait en cupule et on pourrait avoir des accidents. On passe ensuite aux parties voisines, le pinceau est successivement porté en avant, en arrière, latéralement et en bas, de telle sorte que toute la bourse du côté malade soit successivement en contact avec le chlorure de méthyle. M. Roger insiste sur l'utilité de faire une application large de chlorure de méthyle et non pas de la faire porter seulement sur les points douloureux. C'est parce que ce résultat peut être plus facilement obtenu à l'aide du pinceau trempé dans le chlorure de méthyle liquide que cette méthode doit être préférée au stypage proprement dit.

Il suffit en général de passer une fois avec le pinceau ; dans les orchites très douloureuses, on peut passer deux et trois fois. Il faut toujours insister un peu plus en bas et en arrière dans la région correspondant à l'épididyme. La durée totale de l'opération ainsi pratiquée varie entre 20 et 30 secondes.

Lorsqu'il existe de la funiculite, les applications doivent être faites sur le cordon. Dans les cas de douleurs vives s'irradiant le long du canal déférent, on se trouvera bien de stypages pratiqués sur le canal inguinal et à l'orifice externe un peu plus prolongés qu'au niveau des bourses.

Au moment de l'application du chlorure de méthyle, les malades éprouvent une sensation de froid, puis une brûlure assez intense, en général facilement supportable, qui cesse avec elle. Après, l'on note une rougeur vive de la peau qu'accompagne une sensation de chaleur, de cuisson, avec parfois des démangeaisons. (*Gaz. hebdomadaire.*)

Traitement par le chlorure d'éthyle. — Le chlorure d'éthyle est un liquide incolore, possédant une odeur éthérée ; il bout à 10° et se volatilise à la chaleur de la main. On le trouve, le plus souvent renfermé dans de petits tubes en verre d'une contenance de 10 grammes. Une des extrémités du tube est percée d'un orifice obstrué par un chapeau métallique muni d'un petit disque en caoutchouc ; il suffit de dévisser ce chapeau pour que le chlorure d'éthyle s'échappe sous forme d'un menu jet. On peut projeter directement sur les bourses le jet de chlorure d'éthyle, la teinte blanche de la peau indique le moment où l'effet utile est atteint. Ce n'est pas là le procédé de choix ; il faut en effet, en agissant ainsi, plusieurs minutes pour produire une réfrigération suffisante sur la portion correspondante du scrotum. Il faut, de plus, une grande quantité de chlorure d'éthyle. M. Roger pense qu'il est possible d'obtenir un meilleur résultat en procédant de la façon suivante : il recueille le chlorure d'éthyle dans le thermo-isolateur, soit en dirigeant le jet vers le fond du vase, comme il le faisait pour le chlorure de méthyle ou plus simplement en cassant avec des ciseaux l'extrémité du tube. Le thermo-isolateur n'est pas indispensable, il peut très bien être remplacé par un simple tube de verre à parois assez épaisses ; dans ces conditions, le chlorure d'éthyle peut se conserver sans subir de déperdition notable pendant un temps largement suffisant pour une application.

Le chlorure d'éthyle étant ainsi recueilli et devenu maniable, on procède comme avec le chlorure de méthyle. Le pinceau imbibé du liquide est passé rapidement sur le scrotum. On reconnaît que l'effet est produit lorsque la peau prend une teinte blanche. Il est bon d'activer l'évaporation en soufflant sur la partie que l'on badigeonne. Un seul tube de chlorure d'éthyle, de 10 grammes, suffit presque toujours pour une application. Les effets physiologiques paraissent les mêmes qu'avec le chlorure de méthyle. Le malade éprouve une sensation de froid, puis une brûlure qui disparaît après l'application. Le scrotum se rétracte. Le stypage au chlorure d'éthyle a semblé dans les trois cas que M. Roger a eu à observer moins douloureux que le stypage au chlorure de méthyle. Une précaution utile est de se tenir pendant toute la durée de l'opération à quelque distance de toute flamme, le chlorure d'éthyle, s'enflammant assez facilement. Le chlorure de méthyle ne présente pas cet inconvénient.

La médication thyroïde contre le rhumatisme chronique.

L'échec habituel de toutes les médications, d'une part, et la nature même des lésions articulaires (sorte de dégénérescence fibreuse) d'autre part, ont déterminé déjà plusieurs auteurs à essayer la médication thyroïdienne contre le rhumatisme chronique fibreux déformant.

Au début, les insuccès furent nombreux, puis les indications se précisèrent ; MM. Lancereaux et Paulesco publièrent plusieurs cas où ils obtinrent des guérisons indiscutables ; enfin, récemment, notre ami M. le Dr Richard-Lesay, de Lille, a relaté dans le *Journal de médecine interne*, une très belle observation de guérison complète, après une rechute.

Voici, en quelques lignes, cette observation : Demoiselle de 46 ans, sans antécédents patho-

logiques personnels, ni héréditaires, ayant fait du rhumatisme chronique déformant depuis le mois de septembre 1898. Ce rhumatisme intéressait presque toutes les articulations et provoquait de désespérantes douleurs.

Le traitement prescrit fut le suivant :

Embrocations calmantes, salicylate de soude, de lithine, antipyrine, etc., sans grand résultat même sur la douleur, les injections de morphine furent seules efficaces et donnèrent chaque fois une accalmie de 24 h. L'hydarthrose du genou fut traitée par un large vésicatoire suivi de compression ouatée et disparut au bout de 8 à 10 jours. Elle reparut un mois après et fut traitée par les mêmes moyens.

Pendant tout le mois de décembre et de janvier la marche de la maladie fut progressive.

Les lésions des tissus fibreux et osseux ont encore accusé les déformations articulaires et amené des attitudes vicieuses bien nettes.

A la main les 4 derniers doigts sont déjà déviés vers le bord cubital et font pressentir la série des déformations caractéristiques de la maladie.

Le 16 janvier la médication thyroïdienne est commencée. La malade prend 0,50 centigrammes d'iodothyrine et augmente progressivement de 0 gr. 50 par jour jusqu'à 4, puis 5 grammes.

Au bout d'une dizaine de jours à cette dose, l'accélération du pouls qui passe de 80 à 120, et des nausées assez prononcées nous invitent à cesser le médicament.

Le traitement est repris quelques jours après suivant le même mode.

Entre temps, les injections de morphine réclamées par la malade, bien qu'elles soient suivies de vomissement, sont données pendant des séries de 4 ou 5 jours pour calmer les douleurs.

En résumé, l'iodothyrine est donnée depuis le 16 janvier jusque fin mai par périodes de 10 à 12 jours et poussée parfois jusqu'à six grammes. Les premières doses étaient bien supportées, mais au bout d'un certain temps, l'intolérance gastrique s'accusait, le pouls s'accélérait et la malade manifestait un état de malaise nerveux consistant surtout en agitation nocturne ; aussitôt l'iodothyrine fut supprimée. Vers le mois d'avril, pour ne pas perdre le bénéfice déjà sensible de la médication dans les périodes intercalaires, on prescrivit l'iodure de potassium, à la dose d'un gramme 50 à 2 grammes par jour. Il se produisit alors ce fait remarquable qu'au bout du 4e ou 5e jour, il se faisait une amélioration subite, du jour au lendemain. Ce phénomème était surtout sensible aux poignets et au genou, précisément dans les parties dont nous avions remarqué l'état scléreux ; au bout d'un jour ou deux l'amélioration ne progressait plus. Chaque fois, on a fait la même observation.

L'interprétation de ce fait semble découler de l'opinion émise par Lancereaux et Paulesco sur l'action de l'iodure de potassium dans les manifestations dystrophiques de l'arthritisme. L'iodure de potassium servirait au corps thyroïde pour l'élaboration du principe actif dont ils ont démontré l'utilité dans le fonctionnement du système nerveux. Après le coup de fouet donné à cet organe par la médication thyroïdienne l'effet utile de l'iodure s'accroîtrait en raison directe de la suractivité passagère de la glande.

Vers la fin de mai la malade qui avait quitté le lit depuis quelque temps et marchait à béquilles retrouvait la santé complète et reprenait son train ordinaire. Les douleurs avaient absolument disparu. Les articulations étaient souples, sans déformations. Le genou seul avait conservé dans le voisinage de l'épiphyse tibiale un peu d'épaississement de la peau.

De juin à la 2e quinzaine de septembre, la guérison se maintint. Vers cette époque reparurent les douleurs et les fluxions articulaires. Une absence très prolongée nous tint loin de cette malade qui dans l'intervalle, ayant changé de médecin, ne nous rappela que fin décembre 1899.

Il est superflu de retracer le tableau de l'affection. Nous noterons seulement que la rechute fut plus douloureuse et plus intense. Le genou droit et le genou gauche étaient pris au même degré.

Nous proposâmes le traitement antérieur. Devant la répugnance de la malade à reprendre l'iodothyrine, nous conseillâmes la glande fraîche de mouton qu'elle pouvait facilement se procurer. Malheureusement le boucher lui donna jusque fin avril des glandes parotides au lieu de glandes thyroïdes et notre attention ne fut éveillée que par la dose considérable qu'elle ingérait sans le *moindre trouble*.

Progressivement elle était arrivée à absorber 15 et 16 grammes de ces glandes. Depuis que la méprise a été reconnue, l'amélioration s'est montrée constante et rapide et nous espérons que pour la fin de juin elle sera complètement rétablie. Les articulations des mains et des pieds sont *guéries. Les deux genoux conservent en*core autour de la tête tibiale un gonflement appréciable, et donnent la sensation d'un tissu légèrement sclérosé, mais les mouvements de flexion sont relativement faciles et ceux d'extension, jadis impossibles, s'opèrent presque complètement.

Les tissus intra-articulaires sont donc près de retrouver leur volume et leur consistance normale.

Pas de craquements appréciables.

Depuis plusieurs mois, pour conserver au tissu musculaire, en voie d'atrophie, sa tonicité, nous avons fait chaque jour la faradisation ; sous son influence nous avons vu les masses musculaires regagner ce qu'elles avaient perdu.

La rechute a été traitée comme la première atteinte. La glande thyroïde a remplacé l'iodothyrine aux mêmes doses, 5 à 6 grammes. Rarement, nous avons pu continuer cette dose plus de huit jours sans signe d'intolérance.

Pour éviter les rechutes, nous avons l'intention de soumettre encore longtemps notre convalescente à la médication thyroïdienne et iodurée et d'éloigner d'elle, autant que possible, toutes les causes occasionnelles de nouvelles poussées. (*Bull. Soc. méd. des Praticiens.*)

C'est là, on le voit, une nouvelle indication de la médication thyroïdienne que l'on pourrait rapprocher des résultats presque merveilleux obtenus par cette même médication dans certains fibromes utérins (Jouin).

Scarifications du col utérin par le vaccinostyle.

M. le Dr Lucas-Championnière recommande le procédé indiqué par M. Hermann Biermer, de Magdebourg, pour la scarification du col utérin par le vaccinostyle Mareschal.

Ces plumes, dont le prix de revient est minime, se montent sur un porte-plume en métal ou en ébonite. On les conserve dans un bocal contenant de l'alcool absolu. Leur tranchant, leur forme plate, leur bon marché, la facilité de les désinfecter, doivent en recommander l'usage pour cette petite opération qu'on a peut-être le tort de ne pas pratiquer assez souvent dans les cas d'engorgement du col, au lieu d'avoir recours à tous les toniques extra ou intra-utérins, dont la mode se généralise, sans résultat utile pour la malade. Cette opération constitue, en effet, une intervention très rationnelle et sans danger, quand l'asepsie est parfaite, comme elle peut l'être avec l'instrument que nous préconisons, et qui ne sert qu'une fois, étant donnée la modicité du prix de revient.

Au point de vue de la valeur instrumentale de ces vaccinostyles, le Dr Biermer déclare que « le tranchant de ces lancettes rend la scarification absolument insensible ; leur largeur garantit la saignée nécessaire ; leur forme produit des plaies dont les bords se rapprochent immédiatement, en même temps que la forme de la pointe empêche une pénétration trop profonde : les œufs de Naboth se laissent facilement vider par une incision cruciale ».

Tous ces avantages sont précieux, surtout si l'on réfléchit, qu'en général, les scarificateurs présentent l'inconvénient de nécessiter des réparations continuelles. Tantôt la pointe se brise, tantôt ils sont rouillés et émoussés ; et comme ils sont fabriqués d'une seule pièce, ils deviennent hors d'usage après trois repassages.

Les considérations qui précèdent nous permettent de croire que la méthode du Dr Biermer rendra de grands services aux praticiens, qui ne peuvent pas toujours à la campagne faire repasser leurs scarificateurs, tandis qu'il leur sera facile d'avoir un approvisionnement de plumes vaccinostyles qui pourront, du reste, être employées pour toutes les différentes espèces de scarifications (ventouses, lupus), etc., car il est toujours facile de recommander au fabricant de leur donner un tranchant plus ou moins affilé. »

Si l'emploi très judicieux du vaccinostyle pouvait rappeler l'attention sur la scarification du col utérin comme pratique thérapeutique régulière, ce serait un fait particulièrement heureux.

Dans la pratique du regretté Siredey, la scarification jouait un rôle important.

La congestion utérine domine la pathologie utérine : on l'oublie trop, pour faire une part injustifiée à l'infection.

Le succès des scarifications, le succès de toutes les opérations qui vident l'utérus du sang, au moins pour un temps, montrent bien le rôle capital que la perte sanguine utérine, peut jouer dans le retour de l'utérus à l'état normal.

L'emploi de cet instrument individuel et le nettoyage du vagin et du col à l'eau oxygénée à 10 volumes, donne une sécurité parfaite.

Médicament hémostatique contre la fausse couche.

D'après le Dr Bossi (de Gênes), dans les hémorragies résultant d'une fausse couche susceptible d'être arrêtée, outre les moyens destinés à calmer les contractions utérines (préparations opiacées, repos absolu, application de glace sur l'hypogastre), on peut avantageusement employer la formule suivante :

Extrait fluide d'hydrastis canadensis...	10 gr.
— d'hamamelis virginica....	10
— de viburnum prunifolium.	10
Teinture de piscidia érythrina..........	10
Laudanum de Sydenham..............	2

On administre quatre-vingt-dix gouttes dans un demi-verre d'eau et on répète cette dose au besoin jusqu'à trois fois dans les vingt-quatre heures. (*Rev. médicale Normande*).

REVUE DE LA PRESSE ANGLAISE

L'ulcère simple de l'estomac.

Au dernier congrès annuel de l'*Association Médicale britannique* (juillet-août 1900), la section de Médecine a longuement discuté la question de l'Ulcère simple de l'estomac. Voici les points les plus intéressants, mis en relief sous le nom de « problèmes » de l'ulcère stomacal par M. J. Frank Payne, Médecin de l'hôpital Saint-Thomas.

1° L'ulcus simplex est-il plus fréquent de nos jours qu'autrefois ?

Il semble effectivement devenir de plus en plus commun. L'auteur passe comparativement en revue les statistiques générales de l'hôpital Saint-Thomas de Londres montrant que le nombre des admissions pour ulcères gastriques est aujourd'hui au moins cinq fois supérieur à ce qu'il était il y a vingt ans. Cette même progression se retrouve d'ailleurs pour plusieurs affections des voies digestives, la typhlite ou l'appendicite, le cancer gastro-intestinal par exemple.

2° Les éléments ordinaires du diagnostic de l'ulcus simplex, sont-ils pour le clinicien des bases solides et sûres ?

Les symptômes cardinaux de cette affection, la douleur, les vomissements, les hémorrhagies sous forme d'hématemèses ou de melœna, l'hyperacidité gastrique sont trop connus pour qu'il soit utile de les décrire en détail. Leur importance s'accroît s'ils se montrent chez une femme jeune, une domestique surtout. Elle diminue au contraire s'il s'agit d'un homme d'âge moyen ou avancé.

Quelle est la valeur réelle et la portée de ces différents signes ?

M. Payne l'a recherchée en se basant sur des centaines d'observations personnelles et en particulier, sur 48 cas d'ulcus simplex ayant entraîné la mort, et confirmés par l'autopsie. En parcourant, dit-il, les notes concernant un grand nombre de cas d'ulcères de l'estomac, non mortels, soignés dans notre service, je vois que la douleur spéciale, dite caractéristique de cette affection, n'est signalée que très rarement, car lorsqu'il fut fait mention de ce symptôme, il n'avait généralement rien de typique. Sur les

48 sujets qui ont succombé à leur mal et dont le diagnostic a été confirmé anatomiquement, je trouve la douleur (sous une forme quelconque) indiquée d'une façon nette 33 fois, vaguement mentionnée 14 fois, tout à fait absente une fois.

Je ne puis rien dire de personnel sur l'hyperacidité gastrique, m'étant toujours abstenu de pratiquer le lavage de l'estomac chez les sujets suspectés d'ulcère. Ma pratique a peut-être été celle d'un timide, puisque cette opération a été faite en Allemagne d'abord et aussi par quelques-uns de nos compatriotes. Le Professeur Riegel attache beaucoup d'importance à l'hyperacidité ou plutôt à l'excès d'acide chlorhydrique comme signe d'ulcération gastrique. D'autres observateurs, Ewald, Gerhardt, Rosenheim, tout en admettant que l'hypersécrétion acide est souvent combinée à l'ulcus simplex, ne l'ont pas cependant constamment rencontrée.

J'arrive maintenant au point le plus intéressant de toute cette symptomatologie : l'hématémèse. Prévenu d'avance en faveur de l'importance et de la fréquence de ce signe, j'ai été surpris de le trouver signalé, dans 17 seulement des 48 cas mortels dont j'ai déjà parlé. Dans 4 observations, les notes furent, il est vrai, imparfaitement prises, mais dans les 27 autres, les vomissements noirs manquaient d'une façon absolue. Si maintenant je compare ces résultats avec une autre statistique portant sur cent cas non mortels diagnostiqués ulcus simplex dans mon service, je trouve un contraste étonnant, puisque, pour ces derniers, l'hématémèse est presque signalée chez tous les sujets pour ainsi dire, soit exactement chez 90 à 95 sur cent. Une telle différence n'est pas sans élever des doutes sur la valeur soi-disant pathognomonique de l'hématémèse comme signe d'ulcère gastrique. Et en effet ce symptôme peut souvent être produit par d'autres causes :

Une des plus communes est sans contredit la dilatation variqueuse des veines gastro-œsophagiennes apparaissant dans le cours de la cirrhose alcoolique du foie. Cet accident se produit surtout chez l'homme et à un âge plutôt avancé. Les vomissements noirs qu'il provoque s'accompagnent alors des signes bien connus de l'alcoolisme.

L'hématémèse peut également être causée par un effort ou une blessure directe chez des gens absolument bien portants. J'en possède quelques observations tout à fait caractéristiques.

Une de mes patientes, infirmière de 30 ans, après avoir porté un malade qu'elle soignait, fut prise d'une hémorrhagie gastrique profuse et de symptômes rappelant ceux de l'ulcère, qui durèrent un mois ou deux. Elle guérit complètement. Un autre, employé de chemin de fer, du même âge, en soulevant un lourd colis, ressent une douleur aiguë et soudaine à l'estomac, suivie deux jours après d'une hémorrhagie intense et de sensibilité locale. Il guérit. Chez un 3e sujet, une femme mariée, de 30 ans également, que son mari maltraitait, des hématémèses graves survinrent, dont elle guérit cependant.

Autre cas intéressant : un homme de 34 ans, fut atteint, à l'âge de 26 ans, d'hématémèses consécutives à un accident. Lorsque nous le vîmes, il se plaignait de douleurs à l'estomac, d'hématémèses légères et d'autres troubles encore. Ici, la blessure ancienne était probablement devenue le point de départ d'un ulcère gastrique chronique.

Les anévrysmes peuvent causer, quoique rarement, des hémorrhagies stomacales.

De plus, l'hématémèse existe parfois sans hémorrhagie gastrique. Le sang provient, dans certaines circonstances, du poumon (hémoptysies) ou du nez (épistaxis).

Un jour, un malade entra dans mon service avec des hématémèses abondantes et répétées et son état était provisoirement diagnostiqué ulcère stomacal. Je fus frappé par une particularité, les matières vomies n'étaient pas acides. J'examinai la gorge et trouvai dans le nasopharynx des tumeurs adénoïdes hémorrhagiques d'où le sang coulait jusque dans l'estomac pour en être rejeté sous forme de vomissements noirs.

Enfin il existe certainement des observations d'hématémèses non mortelles pour lesquelles le diagnostic reste très obscur. Mon impression est que chez l'homme, beaucoup de ces cas relèvent de la cirrhose du foie, tandis que chez la femme jeune, ils indiquent plutôt un ulcus simplex, sans cependant suffire à l'affirmer positivement.

3° La cause immédiate de l'ulcère gastrique est-elle connue ?

L'auteur montre l'imperfection de nos connaissances sur ce sujet. La limitation des ulcères à l'estomac et aux parties adjacentes du duodénum et de l'œsophage indiquent bien le rôle de la digestion et justifie le nom d'« ulcères peptiques » qui leur a été donné. Mais la question reste presque entière : pourquoi tel point est-il détruit par le suc gastrique et pourquoi pas tel autre ? La théorie peptique explique bien les causes de la persistance de l'ulcération, mais non son origine.

Pour élucider ce problème, on a mis en avant et proposé bien des hypothèses : embolies artérielles (Virchow), ecchymoses, pour les uns ; infections microbiennes, hyperchlorhydrie pour les autres. En réalité, aucune de ces explications ne semble pleinement satisfaisante.

4° L'ulcère gastrique est-il réellement plus rare, dans la classe riche ou bourgeoise, comme on le prétend habituellement ?

D'une manière générale, la jeunesse, le sexe féminin, le surmenage physique, la mauvaise alimentation, sont considérés comme causes prédisposantes. Aussi, s'accorde-t-on à dire que l'ulcus simplex de l'estomac est une maladie des jeunes servantes chlorotiques. C'est là une grande exagération. D'une part, la majorite des cas se montre entre 25 et 30 ans, c'est-à-dire à une époque de la vie déjà sensiblement au-dessus de l'âge moyen des chlorotiques.

D'autre part, rien d'étonnant que les statistiques hospitalières signalent fréquemment cette affection parmi les domestiques ; cette classe de la société ne forme-t-elle pas une bonne partie du contingent féminin admis dans les hôpitaux ?

Toutefois, je trouve aussi dans ma statistique une notable proportion de femmes mariées et de jeunes filles exerçant d'autres professions, par exemple des infirmières, servantes de bar, demoiselles de magasins, ouvrières et je ne crois guère personnellement à la prédominance *réelle* des domestiques. Au total, il semble que l'ulcère gastrique est une maladie primitive, ni produite ni même favorisée par un état diathésique spécial, quoique se développant plus faci-

lement chez les individus délicats et mal nourris.

On dit généralement aussi que c'est une maladie de la classe pauvre ; elle serait rare chez les gens riches ou à l'aise. Toutefois cette opinion peut être critiquée. Supposez qu'un médecin ait observé un nombre beaucoup plus considérable de pauvres que de riches affectés d'une maladie quelconque. Pour que cette observation ait quelque valeur, nous devrions considérer, quelle proportion de chaque classe sociale ce médecin soigne. La plupart des chefs des services hospitaliers voient beaucoup plus de patients à l'hôpital qu'en ville. D'ailleurs, en somme, le nombre des pauvres l'emporte beaucoup sur celui des riches et qui peut dire dans quelle proportion : est-ce 10 pour 1, ou 100 pour 1 ? Tant que ce rapport n'aura pas été établi, l'affirmation qu'une maladie se montre plus souvent parmi les pauvres ne sera pas fondée.

5° *Traitement des hématémèses* ?

Quand une hémorrhagie stomacale abondante se produit, il faut donner à l'organe malade un repos mécanique et physiologique aussi absolu que possible. Outre la cessation complète du travail et de tout mouvement, il faut mettre en suspens les fonctions stomacales, et l'unique moyen d'atteindre ce but est de supprimer toute alimentation buccale, en soutenant le malade par la nourriture rectale. En dépit des objections théoriques, l'expérience a montré que la vie pouvait être maintenue par cette méthode, bien qu'elle soit au total insuffisante et dépressive. Un grand pas a été fait d'ailleurs dans cette voie par l'introduction des peptones dans la thérapeutique. Elles sont particulièrement appropriées à l'alimentation rectale.

D'habitude, non seulement on interdit toute nourriture, mais on défend l'eau elle-même par l'estomac et pour soulager la sensation de soif, on donne au patient de petits morceaux de glace à sucer. M. Payne pense au contraire que l'eau prise par la bouche est sans danger et présente même de sérieux avantages. D'abord, la glace ne calme pas la soif comme il est facile de s'en rendre compte par expérience ; de plus, un malade buvant de l'eau peut vivre et supporter la nourriture rectale plus longtemps qu'un autre.

L'alimentation par le rectum, sans eau, continuée une semaine, produit une dépression intense des forces. Quelques sujets ne la tolèrent même pas aussi longtemps. Mais, en les autorisant à prendre de l'eau d'une façon modérée, ils supportent cette diète spéciale au besoin pendant une quinzaine de jours. Le danger dans la nutrition par le rectum ne réside pas dans l'émaciation en général, mais bien dans l'affaiblissement des fonctions cardiaques et la syncope. Pour éviter cet accident, il faut recommander au malade, de ne pas se dresser sur son séant, surtout brusquement et de ne se mouvoir sous aucun prétexte. La déglutition constitue en elle-même un stimulant pour le cœur : à ce point de vue encore, donner à boire au patient, est utile.

Discussion. — M. *Habershon*, reprenant la question du diagnostic, pense que celui-ci est particulièrement difficile dans trois catégories de cas : 1° chez les sujets jeunes, anémiés se plaignant de douleurs gastriques et de vomissements sans hématémèses ; 2° chez les névropathes présentant de l'hyperesthésie et de l'irritabilité stomacale, des douleurs après les repas. M. Habershon signale un signe nouveau, dont il a souvent apprécié la valeur. Si l'on presse avec le doigt l'artère carotide au cou, d'un côté ou de l'autre, la sensibilité et l'hyperesthésie épigastriques se trouvent notablement diminuées. Il donne ce fait pour une constatation empirique sans chercher à l'expliquer ; 3° dans certains cas rares et anormaux où la douleur est soulagée par l'alimentation et n'apparaît que plusieurs heures après le repas. Il connaît de ces cas confirmés par l'autopsie.

M. *Gordon* dit : Il semble au premier abord, étrange que nous ayons une connaissance aussi vague des causes de l'ulcus simplex, mais nous devons nous rappeler que jusqu'à ces dernières années, personne n'avait vu ces ulcères autrement que sur la table d'autopsie, alors qu'ils ont subi des transformations post-mortem. Aujourd'hui, les chirurgiens pratiquant l'ablation de ces lésions sur les sujets vivants, nous entrons dans une nouvelle voie.

Il y a 7 ou 8 ans, examinant bactériologiquement un ulcère gastrique, je trouvai de nombreuses cellules gorgées de micrococques. Il serait intéressant de rechercher sur des pièces fraîches, enlevées par un chirurgien, la présence de ces microbes. L'auteur se déclare, en effet, partisan de la théorie microbienne pour expliquer l'origine des ulcères de l'estomac.

M. *Newton Pitt* a été frappé par le fait suivant : la plupart du temps on fait le diagnostic d'ulcus simplex chez des jeunes femmes ; par contre, en consultant les statistiques d'autopsie, on constate que cette affection est notée plus souvent chez des sujets âgés, l'ulcère gastrique entraînant beaucoup plus de décès après 30 ou 35 ans qu'avant cet âge, plus par exemple de 60 à 70 ans que de 20 à 30 ans.

Cette constatation élève un doute sur la valeur des signes diagnostiques habituels à cette maladie et particulièrement sur l'hématémèse.

De plus, l'auteur vit deux fois des sujets succomber à des hématémèses sans que l'autopsie ait fait trouver trace de lésion stomacale ou autre expliquant l'hémorrhagie. Bien qu'il soit difficile d'expliquer ces faits, il convient de ne plus affirmer la synonymie chez une jeune femme des hématémèses et de l'ulcère gastrique.

M. *Pye Smith* constate la même différence entre le diagnostic clinique et les résultats nécroscopiques. Il pense aussi que l'hémorrhagie stomacale, comme l'épistaxis, peut survenir sans ulcère, sans cirrhose. Pour lui, l'hématémèse ne constitue pas un signe pronostic grave nécessitant un traitement rigoureux.

M. *Robert Saundby*, de Birmingham, accorde au contraire plus de confiance à la clinique. Si pratiquement on admet que l'hémorrhagie gastrique peut exister sans ulcération, il devient impossible d'affirmer pendant la vie la présence d'un ulcus simplex. L'auteur insiste pour rendre le traitement uniforme dans tous les cas. Le malade sera confiné au lit, et s'il y a hématémèse, on ne lui donnera aucune nourriture par la bouche pendant 48 heures, la soif étant calmée par quelques cuillerées à café d'eau

chaude. On pourra prescrire des lavements ou des suppositoires alimentaires (un œuf battu, une cuillerée à café d'eau-de-vie et 4 onces de lait toutes les 4 heures). Puis, l'alimentation buccale sera reprise, par une once de lait et de limonade prise toutes les heures, en augmentant peu à peu jusqu'à atteindre le régime ordinaire en 3 à 4 semaines. D'une manière générale, le seul médicament utile est le sulfate de fer allié au sulfate de magnésie pour combattre à la fois l'anémie et la constipation.

M. *Stuart Low* a employé avec avantage dans le traitement de cette maladie une mucine extraite de la bile animale qui en contient beaucoup. C'est une poudre brune foncée presque sans odeur ni saveur, facile à absorber par conséquent, qu'il administre avant le repas, en cachets, à la dose de 0 gr. 60 centigr. mêlée à une partie égale de bicarbonate de soude. Cette mucine agit comme apéritif, soulage les douleurs gastriques et régularise les garde-robes. Elle se dissout dans les sucs stomacaux pour former un liquide visqueux qui protège l'ulcère et lubréfie le tube gastro-intestinal.

Dr P. Lacroix.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Encombrement médical.

Le corps médical traverse une crise terrible, qui va s'aggravant chaque jour, et dont les conséquences sont assez importantes pour intéresser non seulement la famille médicale, mais la société toute entière.

La principale cause de cette crise est l'accroissement démesuré, extravagant, du nombre des médecins. Le temps approche où le diplôme de docteur aura à peu près la même valeur, et sera pour son possesseur de la même utilité que le diplôme de licencié en droit, avec cette différence en faveur du dernier qu'il entrouvre un plus grand nombre de portes.

L'imagination de nos confrères s'est donné libre carrière pour chercher des remèdes à cette maladie dont est atteinte la société contemporaine. Ici comme en thérapeutique, l'abondance est signe de pauvreté. Le grand nombre de médications proposées, dont le « *Concours* » a donné les formules, pour la plupart intéressantes, montre que le spécifique n'est pas encore trouvé.

En attendant, il semble que le mieux est — toujours comme en thérapeutique — de tenter d'agir sur la cause du mal, et d'abandonner la médication symptomatique.

Or, la cause du mal, c'est l'opinion erronée — oh combien ! — que les familles se font de la situation matérielle des médecins. C'est là qu'il faut frapper, ce sont ces idées fausses qu'il faut tenter d'extirper en disant la vérité ; dussions-nous y perdre quelque peu à d'autres points de vue.

Un article comme celui de M. Bérenger, dans la « *Revue des Revues* » (Prolétaires intellectuels), qui a fait le tour de la presse quotidienne, sera plus efficace que bien des mesures légales, rationnelles peut-être, mais d'une application difficile, et qui, avec les mœurs politiques actuelles, risquent fort d'arriver après la mort du malade.

Il semble donc que quelques tableaux sérieux, dépeignant ce qui se passe dans certaines régions, ne manqueraient pas d'intérêt, et pourraient peut être contribuer à endiguer le courant.

Il est entendu que l'encombrement est une des principales causes du malaise où se débat notre profession. Ce n'est pas la seule. En effet, tandis que d'un côté les médecins deviennent plus nombreux, les clients de l'autre deviennent plus rares. Il est superflu de démontrer cette vérité à des médecins et de leur en indiquer les causes, telles que décroissance de la morbidité causée par les découvertes que nous faisons, les conseils privés que nous donnons, les mesures publiques que nous réclamons, le développement de l'empirisme sous toutes ses formes : rebouteux, prêtres, et pharmaciens ; l'exploitation éhontée du médecin par les collectivités : Etat, compagnies et mutuelles ; les mœurs médicales nouvelles, la diminution de la fortune publique, etc.

Grâce à toutes ces causes accumulées, nous voyons dans certaines régions de notre beau pays de France, des agglomérations relativement importantes ne pas suffire à nourrir l'unique médecin dont la présence leur est cependant indispensable.

Telles sont les réflexions — un peu longues — que m'a *suggérée l'histoire d'un de nos confrères* du midi de la France, lequel a d'ailleurs jeté le froc aux orties, et m'a autorisé à publier sa lettre pour l'édification des générations nouvelles.

Cédant aux sollicitations de sa famille, mon ami alla s'installer dans un gros bourg où ses parents possédaient quelques terres. Il succédait à un vieil oncle qui s'était retiré après avoir ramassé une petite aisance.

Il se trouvait ainsi seul dans une commune de 1,500 habitants environ où se tenaient des foires et des marchés importants. Aucun confrère dans un rayon de 8 à 10 kilomètres, et, dans ce rayon, six communes où il était seul à mettre les pieds. En somme, tous les malades que peut fournir une population de 4 à 5,000 habitants devaient passer par ses mains. Aussi voyait-il l'avenir en rose, et recevait-il de nous tous des félicitations sur sa chance exceptionnelle. Le Conseil municipal, dans une circonstance, évalua ses honoraires annuels à 10 ou 12,000 francs.

Or, savez-vous à quelle somme l'avenir réduisit cette évaluation fantaisiste ? Pendant les dix ans qu'il exerça dans ce pays fortuné, notre confrère n'atteignit jamais 3,000 francs touchés. En sorte que, si ce médecin tant favorisé avait dû, comme nous tous, payer son loyer, nourrir son cheval et se nourrir lui-même, il n'y fût jamais parvenu.

La loi sur l'assistance médicale ne contribua pas peu à ce triste résultat, le département de Seine-et-Garonne étant un de ceux où les médecins n'ont pas eu le courage — ou mieux l'entente — nécessaire pour voter la grève générale, seule réponse à faire aux propositions injurieuses du conseil général. La plupart de ses communes ont le tiers, quelques-unes la moitié, de leurs habitants sur les listes d'indigence.

Ses confrères voisins — triste consolation — ne sont d'ailleurs pas mieux partagés que lui,

et la situation de ceux d'entre eux qui ont une nombreuse famille est plus épouvantable encore.

Tel était le présent.
Or, voici l'avenir.

Dans le village même où habitait notre confrère, un épicier était parvenu grâce aux nouvelles Facultés de province, à envoyer son fils étudier la médecine. Il fallait donc songer à partager sans tarder ces 3,000 francs, ce qui ferait bien 1,500 fr. pour chacun. Il est vrai que se basant sur les évaluations, évidemment désintéressées et compétentes du Conseil municipal, le papa du jeune homme comptait sur cinq à six mille.

Malheureusement, ce rêve d'or ne serait lui-même pas de longue durée : car il faudrait, à peine arrivé, que le nouveau docteur partageât à son tour. Dans deux communes voisines, dont l'une déjà pourvue, trois autres jeunes gens étudient aussi la médecine, ce qui, en y comprenant le fils d'un confrère, fait cinq étudiants pour un pays où trois docteurs âgés de 30 à 50 ans ne gagnent pas 300 fr. par mois chacun !

Et le comble c'est que l'un d'eux, fils unique d'un avoué aisé, avait préféré, malgré nos conseils, à la certitude de la charge paternelle, l'aléa de notre profession !

N'est-ce pas de la folie pure ! que vont devenir nos infortunés confrères, trop âgés pour changer de résidence, devant l'avalanche qui va les submerger ? Et que vont devenir ces cinq étudiants ?

Ceux-là ne peuvent arguer de leur ignorance de la situation, car les avertissements ne leur auront pas manqué.

Il y a quelques années un jeune homme, fils d'un petit boutiquier sans fortune, s'installa dans une commune de 600 habitants, auprès d'un confrère père d'une nombreuse famille qu'il ne parvient pas à faire élever. Il envoya des prospectus aux curés, fit de la médecine et de la pharmacie au rabais — on l'a vu accomplir 28 kilomètres pour cent sous et reprendre pour huit sous un fond de potions non achevées : un trait de génie.

Après deux ou trois ans de ce joli métier, notre jeune struggle for lifer, ne pouvant vivre malgré tout, s'en alla planter sa tente dans le nord de la France.

Il y a deux ans, à peine, un jeune confrère étranger — c'est un comble ! — trouvant la densité médicale de la région trop faible — et elle l'est en effet par rapport au reste de la France — arrive dans le pays. Mais il se rend vite compte que la plus ou moins grande densité médicale ne prouve rien, et il s'embarque pour les colonies où il se trouve — paraît-il — très satisfait.

« C'est le troisième qui depuis six ans tente « de s'établir parmi nous, m'écrit notre confrère, « et qui naturellement est obligé de filer, après « un essai infructueux.

« Ces exemples, que tout le monde connaît, n'ont pas découragé les cinq familles. »

Mais ils ont découragé mon ami, qui, marié depuis quelques années, et désolé de ne pouvoir ressentir de la joie à voir ses charges s'accroître, et sa maison se remplir, quand sa bourse allait se vidant de plus en plus, n'a pas attendu l'arrivée de ses cinq futurs collègues pour leur céder la place. Ayant perdu un oncle, riche industriel, — dont il n'a pas hérité — il a jeté son scalpel aux orties, avec courage — car il lui en a fallu — mais non pas sans regret, tant sont forts les liens qui nous attachent à notre terrible profession.

Et, aujourd'hui, riche d'espérances, ayant trouvé l'emploi de son intelligence et de son énergie, entendant auprès de lui le sifflet de ses machines et le ronron de ses poulies, il m'écrit son histoire dont j'ai cru devoir donner un résumé aux lecteurs du « *Concours* » pour l'édification des familles.

Docteur HERBEAU.

La clientèle thermale.

On dit que l'encombrement de la profession va pousser vers les stations thermales une partie de nos jeunes confrères. Il paraît qu'ils se préparent de ce côté la pire des déceptions. Il est certain, du moins, que le rapport des clientèles thermales est très fort exagéré par tout le monde, depuis les pouvoirs publics qui imposent aux médecins d'eaux la double patente en se basant sur ce qu'ils gagnent beaucoup d'argent, jusqu'aux médecins eux-mêmes, ou leurs amis, qui, dans un but facile à entrevoir, forcent la note à un point véritablement excessif.

Il n'est pas rare, en effet, d'entendre attribuer à tel médecin thermal une clientèle de 25 à 30 mille francs et plus. Il y a peu de stations où, en questionnant, en particulier, et confidentiellement, les médecins occupés, on n'arrive à en trouver trois ou quatre qui *accusent* ce chiffre. Or, la vérité est bien différente.

Nous avons questionné à cet égard un vieux médecin d'eaux, dont nous n'avons aucun motif de suspecter les renseignements, d'autant que, lui, n'a jamais accusé un chiffre quelconque de clientèle, pour ne pas, dit-il, être au-dessous de ses confrères ; car il est de ceux qui avouent l'exagération du *tutti quanti*.

D'abord, suivant lui, la clientèle des villes d'eaux a beaucoup changé dans ces dernières années. Celles où le plaisir, le bon air et le pittoresque attirent du monde, ont vu augmenter dans une notable proportion le nombre des villégiatures ; et les billets circulaires alimentent, pour une grande part, les listes d'étrangers. Telles stations thermales où les malades consultants représentaient, en 1883, le quart des baigneurs, ne compteraient plus aujourd'hui que deux baigneurs pour un consultant ; c'est-à-dire que les consultants représentent la moitié des baigneurs. Car il faut défalquer des listes, les étrangers de passage. Dans deux stations du centre de la France, sur une liste de 9.000 étrangers, on comptait 4.700 baigneurs inscrits au contrôle des établissements, dont la moitié représente 2.400 consultants en chiffres ronds.

C'est donc 2.400 malades que les 18 médecins de chacune de ces stations ont à se partager. A 40 francs en moyenne par malade, cela représente 96.000 francs pour les 18 médecins. Chaque médecin peut donc prétendre, en moyenne, à 133 malades, représentant cinq à six mille francs. Ce n'est pas mal pour trois ou quatre mois d'exercice ; mais c'est peu si l'on considère que le médecin d'eaux ne peut se faire nulle

part de clientèle d'hiver, sauf peut être dans le midi ; et encore !

Que nous voilà loin des 30.000 francs de tout à l'heure ! Remarquez que si l'un des médecins, un seul, fait 30.000 fr., représentant 750 malades, il ne reste pour les 17 autres que les 6.600 francs répartis sur 1250 malades, ce qui donne, en moyenne, par médecin, 73 malades représentant 3.882 francs.

Croyez-vous possible que, dans ces conditions, il y ait dans l'une ou l'autre de ces stations, plus de deux ou trois médecins faisant même 15.000 fr. ? Nous n'avons que 96.000 francs à partager : il ne faut pas sortir de là !

Lorsqu'un médecin thermal atteint 6.000 fr., nous disait notre confrère, il n'est pas malheureux ; 3.000 fr. constituent une bonne clientèle ; et si les médecins, qui voient plus de 300 malades, sont encore un certain nombre, c'est que ceux qui n'en voient pas 100 sont la règle.

Soit 4.000 fr. de revenu ! Or, le passif, pour un médecin d'eaux, représente environ 5.000 fr. Sur lesquels le loyer en prélève au moins 2.000. Nous entendons : le loyer thermal ; car n'oublions pas que chaque médecin d'eaux a, de toute nécessité, sa résidence et son loyer d'hiver.

Conclusions : quand un médecin est riche, la clientèle thermale est une manière, par de certains côtés, agréable d'occuper ses loisirs ; mais pas de clientèle du tout serait plutôt économique.

Dr Jules.

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Syndicat médical de Lille.

Décision.— Conflits entre confrères.

Dans sa séance de septembre, le Syndicat a pris la décision suivante, qui modifie, sur ce point, son règlement intérieur :

1° En cas de conflit entre confrères, plainte ne pourra être portée devant le bureau du Syndicat, que si la preuve est faite par le plaignant qu'il y a eu explications entre les dissidents et que celles-ci n'ont pas pu aplanir la difficulté ;

2° En cas de recevabilité de la plainte, un jury d'honneur composé de trois membres sera institué et nommé de la façon suivante :

Un membre choisi par le plaignant ;
Un membre choisi par le confrère accusé ;
Un membre nommé par le Syndicat ;

3° Les décisions de ce jury seront sans appel.

Syndicat médical de l'Ariège.

Réunion du 30 septembre 1900, à 1 heure après-midi, à l'Hôtel-de-Ville de Foix,

Présidence de M. le Dr Dunac.

Après une sommaire communication au sujet du Congrès de Déontologie et un examen approfondi de la situation médicale (médecine gratuite), le Syndicat a voté les déterminations suivantes :

1° Les docteurs Freyche (du Mas-d'Azil), Pons (de Bélesta), Garrigou (de Tarascon), sont admis à l'unanimité membres du Syndicat.

2° M. le Dr Garrigou est nommé à l'unanimité, président honoraire.

3° La démission de M. le Dr Sylvestre (de Pamiers) n'est point acceptée. Le Syndicat, ne pouvant oublier les services rendus par M. le Dr Sylvestre à la cause médicale, le nomme président honoraire.

4° M. le Dr Pujol, trésorier, est invité à faire rentrer le plus tôt possible les cotisations.

5° M. le Dr Izac (de Pamiers) est remplacé dans les fonctions de secrétaire du Syndicat, un des membres présents ayant fait remarquer que M. le Dr Izac a réclamé à l'administration préfectorale une circonscription de médecine gratuite, renonçant par là à toutes nos revendications. Il est remplacé par M. le Dr Dedieu (de Saint-Paul).

6° Au point de vue de la médecine gratuite, le Syndicat décide à l'unanimité qu'une nouvelle démarche, verbale seulement, sera faite par son Président auprès de M. le Préfet de l'Ariège, pour lui soumettre un projet de répartition nouvelle des circonscriptions de médecine gratuite de l'arrondissement de Foix. (Projet de répartition présenté par M. le Dr Bonnans, comme complément au rapport de MM. Bonnans, Cazeneuve, Soula, rapport qui fut déposé sur le bureau du Conseil général de l'Ariège en avril dernier). Les deux autres arrondissements de l'Ariège n'ont pas encore présenté le projet de répartition les concernant.

Un banquet des plus animés et des mieux servis a terminé cette journée qui pourra compter dans les annales du Syndicat.

Le Président,
Dr J. Dunac.

REPORTAGE MÉDICAL

Le sanatorium d'Angicourt vient de recevoir ses premiers malades. Une seule section est actuellement ouverte, mais dans quelques jours l'établissement disposera de 165 lits d'hommes.

Un pavillon semblable pour les femmes doit être rapidement construit.

Angicourt est réservé aux tuberculeux au début, convalescents plutôt que malades. Pendant la mauvaise saison surtout, les tuberculeux un peu avancés supporteraient mal son climat un peu rude et son air extrêmement vif.

Un jugement à retenir. — Une doctoresse en médecine, Mlle Krykows, domiciliée à Neuilly, vient de faire trancher par la septième chambre du tribunal de la Seine une question de droit fort intéressante pour les médecins.

Voici dans quelles conditions :

Mlle Krykows réclamait 400 francs d'honoraires à un père de famille pour soins donnés à son enfant, atteint d'un phlegmon au cou. Celui-ci contestait la légitimité de la réclamation et affirmait que l'opération effectuée par la doctoresse avait été une faute. A l'appui de son affirmation, le défendeur produisait un certificat de dentiste.

Le tribunal ordonna une expertise qui fut confiée au docteur Brouardel. Le doyen de la Faculté de médecine établit, dans son rapport, que l'opération de la doctoresse avait été faite *secundum artem* et avait pleinement réussi.

Mlle Krykows, arguant alors que le père de famille avait produit, à l'appui de son refus de paiement, des allégations de nature à lui nuire dans sa considération professionnelle, réclame des dommages-

intérêts en outre des quatre cents francs d'honoraires.

Sur plaidoiries de Me Ignace, au nom de Mlle Krykows, et de Me Poignard, pour le père de famille, la septième chambre a condamné le défendeur au paiement des 400 francs d'honoraires et, en outre, à 50 francs de dommages-intérêts en réparation du préjudice causé.

Les femmes médecins en Autriche-Hongrie. — L'annexion des provinces du Sud, où la femme musulmane était privée de soins obstétricaux parce qu'elle ne doit pas être vue de l'homme, donna l'idée aux gouverneurs de faire venir en ces régions des doctoresses qui furent fort bien accueillies et obtinrent des résultats considérables. — La question des femmes médecins, ainsi posée en Autriche par une nécessité, a fait son chemin depuis, et le ministre de l'instruction publique vient d'ouvrir les Facultés au beau sexe à partir de la prochaine année scolaire.

Distinction honorifique. — Nous adressons nos félicitations à M. le Dr Lagarde (de Vals), membre du Concours médical et des Sociétés qu'il a créées, qui vient d'être nommé officier d'Académie.

De l'incapacité de travail. — Depuis la mise en vigueur de la nouvelle loi sur les accidents du travail, il se crée une véritable jurisprudence sur l'incapacité permanente. En réunissant les divers jugements relatifs à cette question on formera, dans peu de temps, une sorte d'instruction analogue à celle en usage dans l'armée pour les réformes. En tout cas, voici quelques décisions réunies par le *Bulletin de l'office du travail.*

Incapacité permanente absolue. — L'amputation de la jambe droite, compliquée de la fracture de la jambe gauche, est une cause d'incapacité permanente absolue. (Cour d'appel de Douai, 5 avril 1900.)

Incapacité permanente partielle, — La perte d'un œil est en tout cas une cause d'incapacité permanente particlle. (Trib. civ. de Marseille, 15 févricr 1900.)

L'amputation du bras droit entraîne une incapacité permanente particlle, mais non absolue. (Trib. civ. de Tours, 6 mars 1900.)

L'amputation du bras gauche entraîne une incapacité permanente partielle mais non absolue. (Trib. civ. de Lavaur, 14 février 1900.)

Même solution pour l'amputation de la main gauche. Trib. civ. de Besançon, 1er février 1900.)

Même solution pour l'amputation de la jambe droite. (Trib. civ. d'Auxerre, 14 fevrier 1900.)

Même solution pour l'amputation de la jambe gauche. (Trib. civ. de Vouziers, 28 mars 1900.)

Au cas où la guérison ne serait pas certaine ou ne pourrait se produire qu'à long terme, l'accident serait réglé en incapacité permanente, le droit de revision restant ouvert au profit du patron. (Trib. civ. de Saint-Brieuc, 29 mars 1900.)

La circonstance que l'incapacité de travail en tous cas partielle pourra ultérieurement devenir absolue, n'autoriserait pas le règlement immédiat du sinistre en incapacité permanente absolue, la faculté de revision ayant été prévue précisément à cet effet. (Trib. civ. des Andelys, 23 janvier 1900.).

(*Bulletin médical*).

Les frais médicaux dans les sociétés de secours mutuels. — Le rapport du Ministre de l'Intérieur au Président de la République nous apprend que les honoraires des médecins entrent pour un chiffre variable de 10 % à 13 % dans les dépenses des sociétés !

Nous espérons, qu'après cette affirmation officielle, les mutualistes, et même certains de nos confrères, voudront bien reconnaître que la campagne soutenue depuis si longtemps par le Concours était bien légitime. Il est probable, en effet, que l'Assistance elle-même nous rémunère mieux que la Mutualité. Et celle-ci nous accuse de la ruiner, et se refuse à tenir compte de nos plus justes réclamations !

Le service militaire des étudiants en médecine. — Le ministre de la guerre vient d'adresser aux commandants de corps une circulaire intéressante relative au service militaire des étudiants en médecine.

D'après ces instructions, dès que les étudiants en médecine auront reçu, pendant une période de dix semaines, une instruction militaire, ils seront mis à la disposition du service de santé, et les médecins en chef seront chargés de leur donner une instruction conforme à un programme spécial.

Ceux d'entre ces jeunes gens qui possèdent des connaissances médicales suffisantes pourront être placés, les uns dans les forts ou détachements dont la constitution ne comporte pas de médecin militaire, les autres pourront être utilisés dans les troupes alpines.

Les étudiants en médecine ne feront pas partie du peloton spécial, qui doit comprendre exclusivement les dispensés susceptibles de devenir officiers de réserve.

Par contre, ces mesures ne s'appliquent pas aux étudiants en pharmacie et aux élèves ecclésiastiques, qui continueront le service régimentaire normal.

Révision de la loi Roussel. — Au Congrès de l'assistance, la première section qui avait dans ses attributions la protection de l'enfance, a adopté ce vœu de M. Savouré-Bonville :

« Que les pouvoirs publics prennent l'initiative de « faire réviser les lois et réglements sur la protec- «tion des enfants placés en nourrice, notamment en « vue de garantir aux nourrices le payement de « leurs salaires.

D'autre part elle s'est montrée inspirée des mêmes préoccupations que notre commission, touchant le développement du rôle des médecins inspecteurs.

L'encombrement médical à l'étranger. — Une statistique publiée par un journal médical de Berlin nous apprend que, par rapport à son chiffre de population, c'est la ville de Charlottenburg qui détient le record, ayant un médecin pour 513 habitants.

D'ailleurs, ce sont les Allemands qui possèdent le plus de médecins. La même statistique nous révèle qu'il y en a 1 pour 537 habitants à Halle, 1 pour 599 habitants à Strasbourg, 1 pour 735 habitants à Berlin, 1 pour 732 habitants à Breslau, 1 pour 868 habitants à Dresde, 1 pour 892 habitants à Hanovre, 1 pour 973 habitants à Leipzig et 1 pour 974 habitants à Cologne.

On remarquera que c'est précisément dans les villes où fonctionnent les Universités de médecine que l'on trouve la plus forte proportion des praticiens, ce qui s'explique d'ailleurs.

Pendant la dernière décade, le nombre des médecins a augmenté de 91 à 93 %, alors que la progression de la population n'a nulle part dépassé 60 %. Aussi beaucoup de jeunes praticiens, n'ayant pas pu se former une clientèle en Allemagne, ont-ils dû émigrer en Suisse, en Russie et surtout en Amérique.

Clinique otologique de l'Institution nationale des Sourds-Muets. — La clinique sera ouverte aux praticiens et aux élèves à partir du 1er décembre.

Les mardis, jeudis, et samedis, à 9 heures du matin, consultations, puis conférences et exercices pratiques, sous la direction de M. le Docteur Ménière, chirurgien en chef du service, avec le concours de MM. les Drs Castex et Grossard, chirurgiens adjoints

Le samedi, consultations et opérations.

Le Directeur-Gérant : **A. CÉZILLY.**

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 48 1er DÉCEMBRE 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MÉDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

XXIme ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DE LA

Société Civile du « CONCOURS MÉDICAL »

18 NOVEMBRE 1900

A l'issue de l'assemblée générale du *Sou médical*, et après quelques instants de repos, l'assemblée générale de la Société civile du Concours médical s'est ouverte à 4 heures et demie sous la présidence de M. le Dr Gassot, le plus ancien des membres du Conseil de Direction.

Prennent place au Bureau : MM. les Drs Maurat, Jeanne, *membres du Conseil*, H. Cézilly, *représentant le Directeur du journal*, Me Lordereau, *conseil judiciaire*, M. le Dr Huguenin, *Secrétaire*, MM. Lande (de Bordeaux), et Pontet (de Rives, Isère), désignés comme *assesseurs*, M. le Dr Pannetier, *chargé d'une communication*.

M. le Président remet au Secrétaire les lettres d'excuses en le priant d'en joindre la liste au procès-verbal, et déclare la séance ouverte.

Allocution du Président.

Mes chers Confrères,

Je dois vous répéter ce que disait, il y a quelques heures, mon collègue Maurat à l'*Association Amicale*: notre Président, M. le Dr Cézilly, est éloigné de nous par son état de santé qui lui interdit encore la moindre fatigue.

Je vous propose de lui adresser un télégramme, dans lequel nous lui renouvellerons le témoignage de notre sympathie et lui souhaiterons le rétablissement le plus rapide et le plus complet. (*Assentiment unanime et applaudissements répétés*.)

La convocation de l'Assemblée générale a été faite conformément à nos statuts, les rapports du Conseil de Direction et du Comité de rédaction ont été publiés dans les délais voulus, notre Bureau est régulièrement constitué ; nous sommes donc dans les conditions requises pour délibérer valablement.

Un grand nombre de sociétaires s'excusent de ne pouvoir assister à l'Assemblée générale et nous en expriment leurs regrets, regrets que nous partageons. Afin de ne pas perdre de temps, je vous propose de ne pas lire ces lettres et d'en insérer simplement la liste au procès-verbal.

Messieurs,

Je n'ai pas à revenir sur les questions traitées dans les rapports, qu'a publiés le Journal, mais je puis bien vous dire que l'activité de notre société ne s'est pas ralentie un instant au cours de l'année que nous venons de traverser. Sans doute nous n'avons pas toujours des organisations nouvelles à vous proposer — ces choses-là ne s'improvisent pas — mais nous suivons toujours avec la plus grande attention les questions professionnelles qui intéressent à un si haut degré le corps médical : médecins et mutualités, médecins et assurances-accidents, révision de la loi Roussel et de la loi sur l'exercice de la pharmacie et, d'autre part, encombrement médical, œuvres de prévoyance, de protection et de défense médicales.

Médecins et mutualités.

Dès longtemps nous avons acquis la conviction que les médecins n'avaient rien à gagner aux pourparlers engagés avec les mutualités ; l'échec des propositions si modérées faites au Conseil supérieur par M. le Dr Pouliot n'a fait que nous confirmer dans notre opinion et nous ne cesserons de répéter qu'il faut ignorer les mutualités, ne pas s'engager avec elles et traiter leurs membres comme les clients ordinaires d'après la catégorie à laquelle ils appartiennent. Cette solution de la question a le très grand avantage d'être à notre portée et de trancher une foule de difficultés secondaires, sur lesquelles on aime à nous entraîner. Nous n'avons certes pas la prétention d'entraver le mouvement mutualiste.mais aux collectivités qui prétendent nous exploiter, nous avons bien le droit de répondre par un énergique *nescio vos.*

Médecins et assurances-accidents.

Après notre lutte de l'an dernier, nous avons la satisfaction de constater que, partout où les médecins l'ont voulu, ils ont amené les compagnies à accepter leurs conditions. Ceux qui n'ont pas encore réussi n'ont donc qu'à s'entendre et le même succès les attend.

Dois-je vous rappeler que ce résultat est dû en grande partie à notre accord avec la *Participation* qui, la premiére, a compris que le médecin n'était pas un être taillable à merci, et qu'il pouvait y avoir avantage à le traiter en allié.

Notre confrère Pannetier vous donnera, dans un instant, un aperçu de la situation de notre *Financière médicale* créée pour assurer notre entente avec la *Participation.*

Révision de la loi Roussel.

Il y a quelques semaines, la commission spéciale que vous aviez nommée pour s'occuper de cette question s'est réunie une dernière fois dans le but de rédiger le texte définitif du projet qui serait soumis à M. le sénateur Labbé. Quelques modifications apportées lors de la dernière Assemblée générale et aussi un aperçu nouveau de la question mis en lumière par notre collègue Jeanne nous y obligeaient.

Le projet est maintenant adopté avec son exposé des motifs, nous espérons qu'il fera bientôt son apparition sur le bureau du Sénat.

Révision de la loi sur la Pharmacie.

Malgré de multiples démarches, les commissions parlementaires ne veulent pas comprendre nos justes réclamations : forts de notre droit qui confond notre intérêt professionnel avec celui du grand public, nous ne cesserons de protester contre l'extension de l'exercice illégal qui se prépare à la faveur du projet nouveau et resterons sur le terrain que dès longtemps vous avez déterminé. Peut-être un de nos confrères cessera-t-il pour un moment d'oublier qu'il a été médecin lui-même pour nous prêter l'appui de sa parole lors de la discussion en seconde lecture qui va venir à la chambre des Députés.

Encombrement médical.

La commission que vous aviez instituée l'an dernier s'est réunie récemment ; elle avait une double tâche : d'abord de juger si les travaux présentés et publiés au journal méritaient la récompense que vous aviez proposée, ensuite de discuter les conclusions de ces divers travaux et de les condenser en un rapport qui serait soumis à votre discussion.

La première partie de cette tâche a été facile, car le travail si complet de M. le Dr Gouffier sur la question, présentait toutes les conditions requises pour que le prix de 500 fr. que vous aviez créé l'an dernier lui fût attribué. Cependant votre commission aurait regretté de ne pouvoir récompenser d'autres travaux méritants, si M. le Dr Cézilly, avec sa générosité habituelle, n'avait mis à sa disposition une somme complémentaire de 300 fr. qui lui a permis d'accorder trois prix de 100 fr. à MM. les Drs Duchesne, Hervé et Salomon.

Je pense que vous ratifierez, Messieurs, les décisions de votre commission.

La seconde partie était plus difficile, car le temps manquait pour une discussion fructueuse. Votre commission a pensé qu'il y avait lieu de laisser la question ouverte encore pendant une année, ce qui vous permettra de donner un premier avis tout à l'heure et de soumettre encore à la discussion les divers remèdes proposés.

La commission vous demande de vouloir bien lui adjoindre les quatre lauréats de cette année.

Œuvres de prévoyance, de protection et de défense médicales.

Les œuvres que vous avez fondées dans ce but sont dans une situation prospère; les Assemblées générales, qui viennent de se tenir, l'ont prouvé pour l'*Association amicale* et pour le *Sou médical* ; je pense que des communications en séance nous démontreront qu'il en est de même de la *Caisse des Pensions* et de la *Caisse des victimes du devoir.*

Filles du *Concours médical*, ces œuvres, bien qu'indépendantes, sont toujours énergiquement soutenues par nous, et le journal, qui publie leurs actes, fait constamment pour elles la propagande la plus active et la plus fructueuse.

Le Conseil général de défense est toujours dans la période d'organisation : nous souhaitons que les périls de toutes sortes qui menacent le corps médical l'en fassent sortir au plus tôt.

Et maintenant, mes chers confrères, si aux derniers jours du siècle qui finit nous jetons un coup d'œil en arrière, ne sommes-nous pas en droit d'éprouver une satisfaction légitime des progrès que notre société a réalisés ? Quelle autre association peut se vanter d'avoir servi au même degré et avec le même succès les intérêts du corps médical ?

Je me reportais dernièrement à cette grande consultation que nous avons faite en 1880. — Ne croyez-vous pas, comme moi, qu'il serait intéressant de la renouveler en 1901 et que ce serait un moyen de célébrer dignement la majorité du Concours médical ? Elle nous révélerait certainement, à côté d'améliorations incontestables, bien des desiderata nouveaux qui appelleraient notre sollicitude ; mais ai-je besoin de vous dire que notre ardeur n'est pas épuisée et que, plus que jamais, forts de l'expérience passée, nous sommes prêts à la lutte ?

Nous ne vous demandons que de nous continuer la confiance que vous nous avez toujours témoignée et l'appui grâce auquel nous avons pu réaliser quelque bien. (*Applaudissements.*)

Avant d'entamer les discussions à l'ordre du jour, ajoute le Président, je vous propose. Messieurs, en conformité des décisions prises par votre Commission de l'encombrement médical, de décerner le prix de 500 fr. à M. le Dr Gouffier (de Neuilly), et d'approuver l'attribution de trois prix de

100 fr. à MM. les Drs Hervé, Salomon et Duchenne, ces trois prix supplémentaires ayant été offerts par M. le Dr Cézilly. (*Applaudissements.*) (*Adopté.*)

Vous estimerez sans doute aussi qu'il est indispensable que le représentant de M. le Directeur prenne place définitivement dans notre Conseil. C'est pourquoi nous vous demandons de renouveler aujourd'hui ce que vous avez fait, en 1897, en faveur du Dr Jeanne, appelé à suppléer M. le Dr Gibert, en nommant membre du Conseil de Direction M. le Dr Henri Cézilly qui s'est depuis longtemps familiarisé avec ce rôle. (*Applaudissements.*) (*Adopté.*)

Révision de la loi Roussel.

Le Président. — C'est précisément M. le Dr H. Cézilly qui a bien voulu se charger de vous dire où en est aujourd'hui cette question.

Je lui donne la parole.

M. le Dr H. Cézilly :

Vous vous souvenez, Messieurs, qu'à l'Assemblée générale de 1899 vous nous avez demandé d'apporter quelques modifications légères au texte du projet que votre Commission avait élaboré pour être présenté aux Chambres en vue d'une révision de la loi Roussel. Nous avions tenu pleinement compte de vos amendements dans le travail qui fut remis à M. le sénateur Labbé.

Diverses circonstances ayant empêché celui-ci de déposer le projet avant l'Exposition, votre Commission a cru devoir y donner un dernier coup d'œil, et, ce faisant, y introduire quelques modifications nouvelles inspirées par le langage tenu soit dans les congrès d'hygiène et d'assistance, soit par des personnes très compétentes en la matière.

Votre préoccupation avait été surtout de faire attribuer au médecin, dans cette organisation protectrice, le rôle capital qui lui revient, à lui seul, comme l'expérience l'a prouvé. Or, les hygiénistes, les philanthropes, les magistrats, nous ont dit : « C'est bien, c'est juste, mais cela ne suffit pas. Il faut insister sur la garantie à assurer aux gages de la nourrice, aux frais du service de surveillance, aux soins médicaux, aux fournitures pharmaceutiques. N'hésitez pas à déclarer que la protection n'est gratuite que pour les insolvables, que les autres devront, par une formule à insérer dans un règlement d'administration publique, garantir le paiement de tous les frais occasionnés par la surveillance de leurs enfants ; prévoyez en faveur des budgets départementaux le recours soit sur la famille, soit encore, en certains cas, sur l'Administration qui s'en sera dessaisie, et suivez en cela le principe qui domine la loi d'assistance obligatoire de 1893. »

Cette innovation, pour logique et rationnelle qu'elle apparaisse, laissait la Commission assez hésitante. Nous avions peur de nous heurter à un refus catégorique formulé, d'emblée, à cause du caractère révolutionnaire de nos propositions, et capable de compromettre toute concession à nos vues.

Me Jean Labbé, que ses fonctions d'avocat au Conseil d'Etat ont mis au courant des tendances administratives et parlementaires, s'est élevé contre cette appréhension qu'il croit mal fondée. Il a bien voulu se charger des retouches à apporter au projet, et il a promis à la commission réunie le 24 octobre dernier de rédiger l'exposé des motifs en faisant valoir toute la force des arguments qui ont été invoqués, chez nous et dans les Congrès, pour mettre la loi Roussel au point d'utilité générale qu'on est d'accord à réclamer d'elle aujourd'hui.

Messieurs, la question en est là, et la Commission continuera de suivre la tâche que vous lui avez confiée. Vous pouvez compter sur son vif désir d'aboutir dans le plus bref délai possible ; mais ne perdez pas de vue, dans votre légitime impatience, la part qu'il faut accorder aux études et même aux accidents parlementaires, et, en revanche, n'oubliez pas non plus que, fort probablement, nos confrères des Chambres qui ont eu à pâtir des incompatibilités qu'entraînait le texte en vigueur, sont assez nombreux et apprécieront l'opportunité de la révision sollicitée par le « Concours Médical ».

M. le Président. — Nous avons reçu ce matin de M. le professeur Labbé une lettre dans laquelle il s'excuse de ne pouvoir être des nôtres aujourd'hui et où il nous informe, en même temps, que, bien pénétré de l'importance et de l'esprit de notre projet, il en effectuera le dépôt sur le bureau du Sénat dans le courant du mois de décembre.

M. le Dr Delobel. — Votre projet ne garantit pas assez le payement de nos honoraires pour soins aux nourrissons. Il est totalement insuffisant sur ce point capital : nous ne serons pas mieux rémunérés que par le passé.

M. le Dr Jeanne. — Votre observation serait très juste, cher confrère, si elle s'adressait au premier projet que nous vous avons présenté ; mais c'est précisément en ce sens que nous avons amendé le projet à la dernière heure, établissant le principe du recours sur la famille dans un cas, sur le département d'origine, sur l'Assistance publique ou sur l'Etat dans les autres cas.

M. le Dr Mignon. — J'avais porté à la Commission une idée qui m'avait été suggérée par un juge de paix souvent appelé à trancher des difficultés du genre de celles dont parle M. le Dr Delobel. Cette idée consiste à créer, par une voie que le règlement d'administration publique devra déterminer, une sorte de cautionnement pour les frais médicaux et pharmaceutiques. Je suis convaincu que vous aurez satisfaction comme moi par la nouvelle rédaction qui pose nettement le principe. (*Très bien.*)

L'encombrement médical.

M. le Président. — Vous savez, Messieurs, avec quel soin a été poussée l'étude de ce problème demandée à notre dernière assemblée générale. Nous remercions tous ceux qui se sont fait un devoir de dire leur mot en cette grave affaire : il a été recueilli abondante moisson de vues précieuses que le travail hors pair de M. le Dr Gouffier a déjà bien mises au point. Nous ne vous demandons pas à cette heure une discussion qui serait prématurée, mais nous serions heureux que M. Le Gendre vous soumît les vues de la Commission et provoquât les observations que vous pouvez fournir dès aujourd'hui.

M. le Dr Le Gendre. — J'accepte cette petite tâche dont s'était chargé mon ami M. Lepage, qui n'a pu arriver à temps pour ouvrir cette ébauche de discussion.

Notre premier échange de vues nous a conduits à constater : 1° que, de par la loi Chevandier, le titre de docteur est non seulement un titre scientifique, mais encore un diplôme donnant le droit d'exercice de la profession, et que, pour cette raison, la limitation ne pourrait être établie que par une loi nouvelle difficile à obtenir ; 2° que nous sommes en bien meilleure posture pour obtenir la cessation des effets résultant de la loi militaire ; 3° que nous avons un champ d'action personnelle sur lequel nous devons porter nos efforts sans relâche. Ce champ d'action comporte, par exemple : 1° la campagne à faire près des professeurs pour leur montrer qu'ils sont trop indulgents aux examens, que ceux-ci ne sont pas assez pratiques pour devenir probants ; 2° le développement des conférences du genre de celles que nous avons commencées, M. Lepage et moi, que nous continuons et augmentons cette année, avec une sorte de patronage officiel, puisqu'on va mettre à notre disposition l'amphithéâtre de la Faculté ; 3° la vulgarisation dans les lycées et collèges, et jusque dans les familles, des idées qui ressortent du travail de M. Gouffier, et, plus tard, des conclusions fermes de la Commission.

Nous demandons que vous vouliez bien, Messieurs, nous continuer notre mandat et nous adjoindre dès aujourd'hui les lauréats que vous avez récompensés. (*Applaudissements.*)

M. le Dr Duchesne. — Messieurs, j'ai combattu pour la cause de la limitation. En soi je la considère toujours comme désirable, mais je m'incline devant les évidentes difficultés de l'application. Seulement il est une forme particulière de limitation qui me semble n'avoir pas rencontré d'adversaires, c'est celle que proposait M. Gassot, et que j'approuve pleinement. Elle s'exercerait d'elle-même, à l'admission dans les Ecoles et Facultés, si l'on proportionnait les entrées aux ressources d'enseignement dont disposent celles-ci, dimension des amphithéâtres, nombre des chaires, des laboratoires, des sujets pour la dissection, etc., etc. La plus élémentaire logique ne veut-elle pas qu'on admette seulement le chiffre d'étudiants que l'on peut instruire ? Et agir autrement n'aboutit-il pas à la création de non valeurs dans notre profession ? (*Très bien, très bien.*)

M. le Président. — Il est de fait qu'un concours éliminatoire aurait même sa raison d'être pour éviter l'encombrement dès l'École.

M. le Dr Richard-Lesay. — Il est difficile de ne pas être de cet avis. Mais ne nous faisons pas illusion sur les obstacles à vaincre : nous allons en rencontrer deux tout de suite.

Quand vous parlerez de limiter le nombre des médecins, le public ne sera pas avec vous : il lui plaît que nous soyons nombreux, que nous nous fassions une concurrence par les prix, qu'il puisse nous exploiter ainsi. Il ne voit pas plus loin que cela, ce pauvre public, si ignorant de ses véritables intérêts.

Vous croyez être mieux écoutés en disant aux Ecoles et Facultés : « Bornez vos admissions au nombre d'élèves que vous pouvez vraiment instruire » ? Mais vous allez vous heurter à l'amour-propre, au chauvinisme local des professeurs de ces Universités, des municipalités qui les créent ou les subventionnent. Ils vous diront qu'il leur faut des élèves à tout prix, qu'il leur en faut plus qu'aux Facultés voisines et rivales, et qu'ils se moquent un peu de vos considérations d'intérêt général, émus qu'ils sont uniquement par le souci de la question locale. Ah ! chers confrères, on en a déjà commis de fortes, croyez-moi, sous l'influence de ce sentiment, et vous aurez à lutter plus que vous ne le pensez pour arriver à le faire taire ! (*Très bien.*)

M. le Dr Courtault. — Il faut agir par des moyens variés : ne plus encourager la création de Facultés, poursuivre l'exercice illégal sous les mille travertissements qu'il emprunte ; je demanderais volontiers qu'une commission parmanente fût nommée pour traquer celui-ci.

M. le Dr Jeanne. — C'est ce que fait le *Sou médical*.

M. le Dr Vidal. — Je suis surpris que les divers organes de la presse médicale paraissent rester en dehors de ces graves préoccupations. Chacun d'eux ne devrait-il pas en entretenir ses lecteurs qui sont des praticiens ?

M. le Dr Jeanne. — Le « Concours médical » pratique l'échange avec la plupart des journaux de médecine. Nous serions heureux qu'on lui fît des emprunts, afin de vulgariser nos idées, les vôtres. Nous ne poussons pas loin la susceptibilité en matière de propriété littéraire dans cet ordre d'idées : cela est bien connu. Mais que faire de plus ?

M. le Dr Vidal. — Je désirerais que, par la voie de l'Association de la Presse médicale, il fût demandé aux journaux de médecine de s'intéresser aux questions professionnelles que nous soulevons.

M. le Président. — Si M. le Dr Vidal veut bien nous adresser une note en ce sens, nous nous ferons plaisir et devoir de l'adresser aux destinataires. Là est la limite de ce que nous pouvons pour lui accorder satisfaction. (*Très bien.*)

M. le Dr Lepage. — Messieurs, je remercie M. le Dr Le Gendre, d'avoir dit ce que je m'étais chargé d'exposer. Promettez-nous de faire de l'agitation dans vos syndicats et dans toutes les Sociétés médicales, autour de la question soulevée. La Commission a déjà été heureuse de recevoir de nombreuses lettres et appréciations provoquées par l'étude de M. le Dr Gouffier. Il sera peut-être impossible de les publier, mais nous n'en remercions pas moins les auteurs de ce qu'ils auront fait pour faciliter nos travaux que nous continuerons avec ardeur. (*Applaudissements.*)

Médecins et compagnies d'assurances-accidents.

M. le Président. — Je donne la parole à M. le Dr Jeanne pour qu'il vous dise où nous en sommes sur cette question, mise chaque année à notre ordre du jour, depuis 1897, et que l'insuffisance de l'entente n'a pas permis de résoudre encore assez complètement.

M. le Dr Jeanne :

Messieurs,

Vous savez avec quelle scrupuleuse attention nous avons suivi, depuis trois ans, l'étude de la situation

créée aux médecins par la loi sur les accidents du travail. Vous savez aussi que notre ardeur infatigable a réveillé toutes les énergies somnolentes, provoquant les ententes nécessaires, ressuscitant des Syndicats, inspirant partout la résistance aux exactions. Nous avons agi sur tous les terrains, fait appel à toutes les ressources honorables, sollicité même votre concours pécuniaire pour favoriser la création d'une Compagnie d'assurances modèle où le médecin serait traité en collaborateur, avec tous les égards dus aux services qu'il rend, et rémunéré d'après un tarif si éminemment équitable que patrons, compagnies, magistrats, pouvoirs publics, s'inclinent déjà presque partout devant ses indications. Il n'y a de résistance que là où des médecins mal avisés empruntent à la routine, à la malveillance ou à un esprit commercial qui n'a pas de cours légal chez nous, des procédés de concurrence dont ils seront victimes s'ils persistent dans cette attitude, car, s'ils comptent sur la fidélité et la reconnaissance des gens auxquels ils sacrifient leur intérêt et le nôtre, ils seront un jour cruellement désabusés.

Félicitez-vous, chers confrères, de l'effort que vous avez fait, de l'initiative que le *Concours médical* a prise et à laquelle vous vous êtes si vaillamment associés, dès l'assemblée générale de 1898. Votre appel fut entendu partout ; il trouva de l'écho dans chaque Société de défense ; il éveilla même des rivalités qui ont porté des fruits, une émulation féconde dans la poursuite des résultats.

C'est donc avec satisfaction qu'il convient d'examiner ce qu'est la situation aujourd'hui, l'attitude qu'elle nous impose, les résolutions fermes qu'elle comporte.

M. le Dr Barbanneau, de Pouzauges, Secrétaire du Syndicat de la Vendée et membre du *Concours médical*, nous paraît avoir été parfaitement inspiré dans les conclusions qu'il a présentées sur ce sujet au Congrès de médecine professionnelle et que je demande la permission de vous lire, telles que nous les avons publiées :

1° En principe, le patron (ou la Compagnie) est un client comme un autre, ni plus, ni moins. Et même la Compagnie, en réalité, n'est rien aux yeux de la loi ; le patron seul est responsable ; à lui seul la note d'honoraires doit être remise, sans tenir compte de ses engagements avec une Compagnie que nous ne devons pas connaître.

2° Dans chaque pays, faire établir, soit par les Syndicats, soit par toute autre association médicale, un tarif d'honoraires suffisamment rémunérateur, pouvant être accepté par tous les médecins et imposé aux patrons, c'est-à-dire aux Compagnies. Ce tarif, visant des ouvriers, ne doit être ni trop exagéré, ni trop amoindri. De plus, dans chaque pays, s'il existe des tarifs différents suivant les contrées, tendre à les unifier : c'est le moyen d'établir une solide base à toute revendication en justice.

Dans ces tarifs, contrairement au système girondin, le prix forfaitaire ne peut pas et ne doit pas s'appliquer, aux visites subséquentes ; il ne touche que les interventions chirurgicales possibles, au début et dans le cours du traitement.

4° En pratique, éviter autant qu'on peut une nomination spéciale par une Compagnie, nomination entraînant toujours une diminution d'honoraires ; déclarer nettement que tous les médecins de la même région acceptant le même tarif, chaque patron assuré a la liberté du choix de son médecin.

5° Si, pour des raisons spéciales, on se croit obligé d'accepter le mandat de médecin d'une Compagnie, exiger, avant toute autre condition, l'acceptation écrite du tarif adopté ; ce tarif, dont une copie sera remise à chaque Compagnie, devra toujours être la condition primordiale de toute entente.

Laissez-nous, chers confrères, souligner l'idée très juste qui a dicté ces conclusions et qui fut bien l'idée directrice de toute notre campagne.

La loi des accidents n'a pas créé l'assurance obligatoire : elle a prévu que des patrons ne seraient pas assurés, et, dès lors, elle n'a connu que deux responsables vis-à-vis de nous, le patron et l'ouvrier. Pour ce dernier, s'il refuse le médecin envoyé par le chef d'entreprise (car c'est ainsi que la jurisprudence vient de déterminer les limites du droit de la victime dans le choix du médecin), il est responsable personnellement, vis-à-vis de celui de nous qu'il aura appelé. Il doit rétribuer nos soins d'après les chiffres du tarif ouvrier, mais il a recours contre son patron dans les limites du tarif d'assistance chirurgicale du département prévu par la loi. C'est lui que nous devons au besoin poursuivre alors en payement des honoraires dus, et nous le ferons sans scrupules, puisque nous le saurons couvert intégralement, quand chaque département aura adopté notre tarif. — Dans tous les autres cas, qui constituent la règle générale, c'est le patron seul qui est responsable de la rémunération de nos soins d'après le tarif ouvrier, dit du Concours médical, ou de la Participation (car il a fait son chemin sous ces divers noms) : c'est lui seul que nous devons également poursuivre, la loi en main, et là encore les scrupules ne doivent pas nous arrêter, puisqu'il est généralement couvert, ou aurait dû avoir l'élémentaire prévoyance de se couvrir, en s'assurant. — La question des certificats ayant été résolue, d'autre part, et par la décision ministérielle, et par la jurisprudence, qui les mettent à la charge du patron, quelle bonne raison aurions-nous d'aller nous aboucher avec des Compagnies pour les placer en intermédiaires entre nos obligés et nous ? Il semble bien que cette idée ne devrait venir à aucun médecin, puisque chacun de nous se plaint de ces interventions toujours onéreuses.

Eh bien, dans la réalité, ce qui retarde l'affranchissement définitif, comme l'a bien vu M. le Dr Barbanneau, c'est que, n'ayant rien à voir avec les Compagnies, nous ne cessons pas de nous tenir aux aguets pour juger de leurs faits et gestes, nous courons après elles pour accaparer dans la crainte qu'un confrère ne le fasse, ou au moins nous ouvrons une oreille complaisante à leurs fallacieuses et chimériques promesses, acceptant tout pour bon argent, depuis les calculs les plus fantaisistes jusqu'aux imputations calomnieuses formulées sur nos confrères. Nous poussons la naïveté au point de ne pas nous apercevoir que ces collectivités jouent leur dernière carte sur la vieille devise : « Diviser c'est régner. » C'est le comble de l'aveuglement, mais il ne peut durer davantage, car en certaines régions, il amènerait notre ruine et, disons le mot, notre suicide.

Nous vous proposons donc, Messieurs, au point où la question est aujourd'hui parvenue, d'adopter les conclusions présentées par M. le Dr Barbanneau, et vous demandons de les appliquer rigoureusement désormais. Exception faite pour « La Participation » qui respecte tous nos droits et, pour cette raison, mérite toutes nos sympathies, ignorons toutes les Compagnies d'assurances-accidents ; bornons-nous à leur fournir, contre l'honoraire de cinq francs, tel certificat dont elles ont besoin, et n'acceptons de donner les soins pour leur compte que quand elles auront souscrit par lettre à nos conditions. Tant qu'elles ne s'y seront pas décidées, ne remettons nos notes qu'au patron ou à l'ouvrier ; poursuivons nos recouvrements près de ceux-ci suivant les cas, et fermons notre porte impitoyablement à tous ces professionnels du marchandage qui se nomment les agents des Compagnies, et ne vivent que de nos concessions et de l'ignorance d'un trop grand nombre d'industriels.

Les paroles ne sont rien : les jérémiades perpétuelles font pitié. Maintenant que nous sommes bien armés il faut agir.... ou cesser les doléances.

Il est encore quelques médecins (incroyable, mais exact) qui s'en vont répétant d'un air navré, tels de

simples agents, que les Compagnies se ruineraient à nous rémunérer comme nous devons l'être, comme nous l'avons demandé.

Eh bien, chers confrères, vous allez entendre la situation de la *Financière médicale*. Quand vous saurez que « la Participation » lui a versé une ristourne de 7,60 % sur ses prêts, dès la première année, et malgré les charges de constitution, vous pourrez rassurer les âmes sensibles dont nous venons de parler, et vous conclurez avec nous !

« *La loi sur les accidents, telle qu'elle est appliquée par les pouvoirs et la jurisprudence, a respecté nos droits. Apprécions comme ils le méritent les médecins qui vont, de leur propre chef, sacrifier ces droits aux dividendes des millionnaires, par peur, par esprit de concurrence et de monopolisation, ou par simple malveillance confraternelle. Nous ne leur connaissons pas d'excuse, car le besoin lui-même ne saurait expliquer qu'ils avilissent de parti pris un honoraire légitimement dû. Ils se frappent eux-mêmes tout en lésant les autres. Il faut tenir à honneur de ne pas suivre un si triste exemple ; la victoire serait générale et complète si nous n'avions pas eu à regretter ces défections : elle le sera dès que nous ne serons plus trahis par nos confrères, et que nous ne défaillerons plus nous-mêmes, par crainte de ceux-ci, devant les racontars intéressés des représentants des Compagnies.* »

M. le Dr de Grissac. — On ne saurait trop s'élever, avec M. le Dr Jeanne, contre l'attitude de ces confrères qui s'en vont monopolisant le service des compagnies par des rabais indignes. On ne peut les comparer qu'à des médecins qui achèteraient une clientèle en la faisant payer par leurs confrères. (*Applaudissements.*) C'est absolument ce qu'ils font. (*Applaudissements répétés.*)

M. le Dr Richard-Lesay. — Nous avons fait à Lille, beaucoup de bonne besogne en conformité des vues du « Concours médical ». Nous avons obtenu de gros résultats. Beaucoup de Compagnies se sont rendues à nos légitimes revendications : d'autres ont traité avec le syndicat sur les bases ici adoptées. Le tarif du Concours a été agréé comme tarif d'assistance chirurgicale du département. Bref, j'espère que nous atteindrons, malgré mille difficultés, le succès complet. Notre président de syndicat, M. le Dr Lambin, et M. le Dr Dron, député de Tourcoing, nous ont rendu à ce sujet des services que le corps médical de la région n'oubliera jamais. (*Applaudissements.*)

Approbation des comptes du Trésorier.

M. le Président. — Messieurs, la parole est à M. le Dr Maurat pour présentation des comptes de l'exercice écoulé.

M. le Dr Maurat donne lecture des comptes publiés au n° 44 du journal, puis il ajoute : depuis cette époque, une somme de 500 fr. a été versée à M. le Dr Gouffier pour son travail sur l'encombrement médical. Mais d'autre part, M. le Dr Cézilly, retenu loin de nous par la maladie, mais toujours de cœur avec nous, a fait don à la Société civile d'une somme de 500 fr. pour lesquels je lui adresse ici, en votre nom, tous nos remercîments. (*Vifs applaudissements.*)

Les chiffres ne se trouvent donc pas modifiés et je prie M. le président de vouloir bien mettre aux voix l'approbation des comptes de l'exercice 1899-1900.

M. le Président. — Etes-vous d'avis, Messieurs, d'approuver les comptes de notre Trésorier ? (*Approuvé à l'unanimité.*) Et de le remercier ? (Applaudissements et bravos.)

Projet de budget.

M. le Dr Maurat. — Nous pouvons, mes chers confrères, baser nos prévisions pour le prochain exercice sur les chiffres suivants :

Recettes.

Avoir disponible en caisse	1.454
Intérêts du portefeuille	1.156
Dons divers probables au cours de l'année	200
Droits sur les remplacements	290
Total	3.100

Dépenses.

Frais supplémentaires du banquet	1.000
Frais de déplacements et de réunions du Conseil	600
Total	1.600

Il reste donc une somme de 1.500 fr. à la disposition de l'Assemblée.

M. le Président. — Quel emploi faire de l'excédent de 1.500 fr. qui ressort des chiffres prévus par M. Maurat ?

Nous vous demandons, Messieurs, de nous laisser prélever sur ces fonds les frais nécessaires à une nouvelle enquête sur la situation du corps médical, analogue à celle de 1883. Nous compléterons ainsi très utilement les renseignements qui nous sont nécessaires à cette heure, à la veille de prendre les décisions que réclame l'encombrement médical. (*Très bien.*)

Adopter cette proposition, c'est approuver notre projet de budget. Etes-vous de cet avis ? (*Le projet de budget est adopté.*)

Caisse des Pensions de retraite.

M. le Président. — Puisque nous avons la bonne fortune d'avoir parmi nous aujourd'hui M. le Dr Lande, président de la Caisse des Pensions, c'est à lui que nous demanderons de vous entretenir de la santé de notre fille aînée.

M. le Dr Lande. — Usant de l'éloquence des chiffres, je suis heureux de vous apprendre d'abord que la Caisse des Pensions possède à cette heure un avoir de 825.000 fr. environ. Je vous annoncerai ensuite que dix adhésions nouvelles nous sont venues depuis le commencement de l'année, et que, jusqu'ici, l'exercice courant ne nous apporte pas de nouvelles charges.

Est-ce mettre une ombre au tableau que vous parler de l'incertitude où nous sommes en présence de la mise en demeure de l'Etat d'avoir à nous conformer à la loi mutuelle de 1898 ? Qu'en résultera-t-il ? Nous l'ignorons, le règlement d'administration publique n'ayant pas encore été publié, et nous attendons. Si quelque modification s'imposait, nous consulterions les intéressés, en leur indiquant le plus scrupuleusement possible les solutions à préférer. Nous n'avons donc à demander que la continuation de la confiance qui nous fut toujours accordée, et à nous applaudir des résultats obtenus. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — Vous voyez, Messieurs, que l'Amicale et le Sou ne sont pas seuls à vous donner toute satisfaction. En votre nom, je puis bien, je crois, adresser de nouveaux remercîments à MM. Lande, Delefosse et Verdalle pour le zèle qu'ils ont dépensé depuis quinze ans dans le développement de cette œuvre. (*Applaudissements.*)

Financière médicale

M. le Président. — Nous continuons, Messieurs, la revue de ce que je puis bien appeler nos succès.

La parole est à M. le Dr Pannetier, administrateur délégué de la « *Financière médicale* ».

M. le Dr Pannetier :

A notre assemblée du 19 novembre 1899, nous vous donnions l'exposé de l'emploi des fonds de la Financière médicale, emploi fixé par le Conseil d'administration de cette société. Nous vous disions qu'au 1er novembre 1899, nous avions prêté aux sociétaires de la Participation la somme de 91.100 fr. et que nous avions mis en dépôt à la Société française de reports et dépôts, rue Louis-le-Grand, la somme de 114.507 fr. 55 en attendant que la Participation nous demandât de nouveaux capitaux.

Vous avez pu lire, dans le no du *Concours médical* du 16 juin 1900, le compte rendu de l'assemblée générale annuelle de la Financière médicale, assemblée tenue le 7 juin 1900. Par le rapport du Conseil d'administration vous avez pu constater que le fonctionnement de notre société paraît s'opérer dans les conditions que nous souhaitions au moment de sa fondation, et que ce premier exercice (de six mois seulement), allant du 1er juillet au 31 décembre 1899, nous a permis de réaliser un bénéfice de 2.260 fr. 97 que nous aurions pu distribuer ; mais sur la proposition du Conseil d'administration, l'assemblée générale a décidé de reporter cette somme à l'exercice 1900.

Vous avez pu lire, dans ce compte rendu, que les intérêts et ristournes, payés par la Participation pour l'exercice 1899, se sont élevés au taux de 7 fr. 70 % et que les intérêts qui nous ont été payés par la Société française de reports ont varié de 2 fr. 70 % à 5 fr. 27 %.

Nous eussions souhaité que les prêts aux sociétaires de la Participation fussent plus importants ; mais nous voyons avec satisfaction que cette société, fidèle à ses principes de faire l'assurance à prix de revient, n'a pas cru devoir prendre part à la guerre des tarifs, engagée par les compagnies à primes fixes et n'a pas multiplié ses agents ; elle préfère se développer lentement, mais d'une façon assurée, et ainsi nous donne toute garantie de sécurité.

Il vous est facile à vous, Messieurs, d'augmenter le nombre des adhérents de la Participation en faisant en sa faveur toute la propagande possible ; à mesure que le nombre des assurés de cette société s'accroîtra, les avantages que vous assure le titre d'actionnaire de la Financière ne feront qu'augmenter.

Vous avez déjà été à même d'apprécier les avantages que vous a procurés la lutte contre les Compagnies d'assurances-accidents ; toutes ont été obligées de relever leurs tarifs d'honoraires médicaux, et actuellement les seuls médecins qui n'ont pas su résister aux exigences de ces Compagnies touchent seulement l'ancien tarif à l'abonnement, tandis que tous les autres sont rémunérés au tarif établi par le Concours médical.

C'était le but principal de la Financière médicale. Il est complètement atteint ; par conséquent, nous avons tout lieu de nous en féliciter. Le but secondaire, le but financier de la société nous paraît sous un jour aussi très favorable, et les confrères souscripteurs, qui ont compté faire un placement avantageux, n'auront pas à s'en plaindre. Si nous avions à établir le bilan de notre société au 31 octobre 1900, nous nous trouverions en présence de la situation suivante pour les dix premiers mois de l'exercice 1900.

Dans notre calcul nous avons présumé que la Participation nous paierait comme intérêts et ristournes le même taux qu'en 1899 ; la situation de cette société étant de plus en plus prospère, il est probable que les ristournes seront encore plus importantes.

Nous aurions donc, au 31 octobre 1900, à distribuer le bénéfice de 1899, soit.	2.360 fr. 97
Et les bénéfices des 10 mois de 1900, soit	6.609 fr. 17
Total	8.970 fr. 14

Ce qui fait en le divisant en 2.200 actions un dividende de 4 fr. 07 par actions. Nous espérons que d'ici la fin de l'année cette situation ne fera encore que s'améliorer, car, tous les mois, nous faisons de nouveaux prêts aux sociétaires de la Participation.

Quelques confrères se plaignent de ce que la Participation, n'ayant pas d'assurés dans leurs régions, ils ne tirent pas le profit qu'ils espéraient de leur souscription à la Financière. Comme nous le disions plus haut, c'est à eux d'y remédier par une active propagande en faveur de la Participation. Ils atteindront ainsi double bénéfice car, plus la société aura d'adhérents, plus elle nous empruntera de capitaux et plus nous aurons d'intérêts et ristournes à recevoir.

Si quelques confrères veulent encore souscrire des actions, nous pouvons leur en céder par transfert au prix de 102 fr. frais de transfert compris ; il est possible et probable que lorsque la Financière aura distribué un premier dividende, ses actions acquerront une plus-value notable.

Nous terminerons cet exposé en vous disant que nous avons pleine confiance dans l'avenir, surtout si vous nous continuez l'appui de votre concours qui ne nous a jamais fait défaut.

M. le Président. — Ceux d'entre vous qui soignent des blessés de la « Participation » étaient déjà fixés sur l'importance de notre intervention en cette matière toute nouvelle. Je pense qu'on ne discutera plus, après la communication de M. Pannetier, sa légitimité et le succès de l'effort que nous avons fait ensemble. (*Applaudissements.*)

Propositions diverses.

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Jeanne pour l'énumération des propositions qui nous ont été adressées par des Sociétaires.

1° *Service médical des chemins de fer.*

M. le Dr Jeanne. — Je vous présente d'abord, Messieurs, la demande de M. le Dr C., qui désirerait voir le Journal ouvert à une étude sur le service médical des chemins de fer (situation actuelle, améliorations à rechercher.)

L'Assemblée décide qu'il convient de donner satisfaction à notre confrère.

2° *Honoraires médico-légaux.*

M. le Dr Jeanne. — Le même Sociétaire souhaite que nous soyons bien fixés sur tous les côtés de la question des honoraires médico-légaux. Nous pensions avoir résolu le problème en publiant au n° 19 de l'année 1898, le travail si complet de M. le Dr Lande, médecin légiste de la Cour de Bordeaux.

M. le Dr Lande. — Il ne s'est rien produit depuis deux ans qui me paraisse pouvoir être utilement ajouté à ce que j'ai écrit. Notre droit en ce qui concerne les certificats pour la loi sur les accidents serait la seule addition, mais il nous plaît d'espérer qu'après tout ce qui a été écrit à ce sujet, nos confrères n'en sont plus, s'ils se sont donnés la peine de nous lire, à ignorer ce point.

L'Assemblée décide qu'on continuera de renvoyer les lecteurs hésitants au document rédigé par M. le Dr Lande.

3° *Honoraires au médecin d'hôpital pour les non indigents.*

M. le Dr Jeanne. — La chirurgie d'hôpital nécessitée par la loi sur les accidents doit-elle être pratiquée gratuitement par nous comme s'il s'agissait de blessés indigents? Ou bien, au contraire, des honoraires spéciaux doivent-ils en ce cas nous être versés par les responsables ?

Voilà ce que nous demande, Messieurs, M. le Dr Ducloux de l'hôpital de Cette.

Vous savez qu'après le jugement de Murat (1897), l'hôpital de Meulan (1898) et l'hôpital de Laval (1899) ont adopté la deuxième solution. Ils se sont considérés comme obligés de jouer le rôle de maison de santé, parce que celle-ci faisait défaut. L'Union des syndicats a approuvé, comme nous, cette détermination ; la « Participation » s'est inclinée dès le premier jour devant elle ; un grand nombre de Compagnies ont suivi l'exemple. La jurisprudence et l'usage semblent disposés à s'allier à l'équité pour substituer cette pratique au préjugé routinier qui eût émis à la charge des hôpitaux et des chirurgiens les obligations qui incombent à d'autres en vertu de l'article 4 de la loi visée.

Nous serions heureux de vous voir donner satisfaction à M. le Dr Ducloux en communiquant au journal tout ce qui a trait à cette revendication, née des circonstances. (*Très bien*).

M. le Dr Katz. — Je m'empresse de signaler que l'hôpital de Pontoise a suivi l'exemple : il fait signer aux responsables l'engagement de payer des honoraires aux chirurgiens.

M. le Dr Delobel. — Je tiens à votre disposition un jugement du tribunal de Compiègne qui s'est prononcé dans le même sens.

M. le Dr Jeanne. — Le *Sou médical* serait heureux qu'on lui fît parvenir copie, à ses frais, de tous arrêts de ce genre, Quand nos confrères verront ce que la justice pense de leur droit, ils seront encouragés à faire valoir celui-ci.

M. le Dr Lande. — A Bordeaux la question n'est pas résolue, mais nous faisons campagne dans le même sens ; il est indispensable de poursuivre activement ce but. (*Adopté*).

4° *Mutualité scolaire et campagne contre la tuberculose.*

M. le Dr Jeanne. — M. le Dr Viaud, d'Agon (Manche), a obtenu un prix de la Société protectrice de l'enfance pour un mémoire que nous publierons prochainement, et où il émet l'idée ingénieuse que les ressources de la mutualité scolaire pourraient être utilement consacrées à créer et entretenir des écoles départementales (une pour les garçons, une pour les filles, destinées à recevoir les enfants qu'il est possible d'isoler de leurs parents tuberculeux.

Nous engageons vivement les nombreux membres du Concours qui font partie des assemblées départementales et municipales à lire et méditer le travail de notre confrère, et à rechercher ensuite les moyens d'appliquer son idée. Le journal se fera un devoir de publier les mémoires des premiers qui viendront dire : « Voici ce que nous avons fait », et le Conseil de Direction saisira la Commission de la lutte contre la tuberculose de la proposition de M. le Dr Viaud, dont la portée peut devenir considérable. (*Très bien*).

5° *L'abus des vaccinations gratuites.*

M. le Dr Tison. —Ne vous semble-t-il pas, mes chers confrères, que sous prétexte de propager la vaccination, on empiète terriblement sur notre domaine depuis quelques années ? Partout on vaccine gratuitement, et quand on organise quelque chose de nouveau dans ce sens, on en charge

tout le monde excepté nous. Ici ce sont des étudiants, là des sages-femmes ; pour un peu, (et le Concours l'a signalé), l'Académie allait embrigader les instituteurs ! Ne pourrait-on pas protester contre de tels abus ?

M. le Président. — Etes-vous d'avis, Messieurs, que, comme quelqu'un le proposait par lettre reçue tout à l'heure, le Concours s'associe à une protestation près du Conseil municipal de Paris, puisque c'est à Paris qu'on se plaint de ces abus ?

(Adopté).

La loi sur la pharmacie.

M. le Président. — Il est à penser, mes chers confrères, que d'ici quelques mois, le projet de loi va reparaître devant les Chambres. Dès que nous fûmes informés du dépôt de ce nouveau projet, par M. Astier, nous demandâmes à être entendus par la Commission. L'entrevue fut accordée et elle se termina par le dépôt d'une note reproduisant et expliquant les propositions que vous avez adoptées en 1895.

Ces propositions, je vous en donne lecture, en vous demandant si nous sommes toujours en conformité de sentiment, et si nous devons en faire état dans le cas d'interventions parlementaires que nous serions conduits à provoquer.

I

Sous la condition de se soumettre aux lois et règlements qui régissent l'exercice de la Pharmacie à l'exception de la patente, tous les médecins peuvent porter les médicaments à leurs malades, si ces malades habitent à 4 kilomètres au moins d'une officine de pharmacien.

Sous les mêmes conditions et sans avoir le droit de tenir officine ouverte, les médecins qui habitent à 4 kilomètres au moins d'une officine, peuvent aussi fournir, chez eux, des médicaments à leurs clients.

II

Cette distance légale de 4 kilomètres d'une officine n'est pas applicable aux médecins qui, au moment de la promulgation de la présente loi, seraient, en vertu de la loi du 21 Germinal an XI, autorisés à délivrer les médicaments dans les mêmes conditions que par le passé.

III

Les pharmaciens peuvent, sans déroger aux lois sur l'exercice illégal de la médecine, librement délivrer, sur la demande de l'acheteur, les substances constituant les médicaments simples ou composés *dont la liste aura été adoptée* par le règlement d'administration publique prévu par la future loi.

(L'assemblée décide que son opinion n'a pas varié et qu'il faut se tenir sur ce terrain).

Caisse des Victimes du Devoir.

M. le Président. — M. le Dr Giberton (de Jouy-en-Josas), trésorier de la Caisse des Victimes du Devoir s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, Il nous a fait tenir l'état suivant des ressources de cette œuvre :

ÉTAT DE LA CAISSE AU 18 NOVEMBRE 1900.

Recettes.

Espèces en Caisse au 1er Janvier 1900	306.65
Recettes	311.80
Total	618.45

Dépenses.

Remboursement au Concours de la part contributive de la Société aux frais du Jubilé Théophile Roussel	50 »
Secours à Madame veuve X. (Mérandon)	80 »
Frais généraux	1.20
Total	131.20

Recettes	618.45
Dépenses	131.20
Reste en caisse	487.25

Cette somme ajoutée à 285 fr. de rente 3 % amortissable au porteur et à 2 obligations du Midi Nouvelles constitue l'avoir de la Société.

J'adresse nos remerciements à M. le Dr Giberton-Dubreuil en votre nom à tous, et, en levant la séance, vous convie à ne pas nous faire défaut au banquet qui terminera cette bonne journée. *(Applaudissements.)*

BANQUET

Le banquet a eu son succès accoutumé et son ordinaire caractéristique : entrain et camaraderie, avec, au milieu des conversations particulières, souci de faire encore œuvre utile en échangeant des projets d'entente locale dont on se donnerait des nouvelles au rendez-vous de l'année prochaine.

Mais il manquait quelqu'un au milieu de la salle ; il manquait celui qui jouait si bien le rôle de chef de la famille ; et il manquait pour la première fois !

M. le Dr Gassot s'est empressé de traduire, au champagne, le sentiment qui nous obsédait tous. Il l'a fait en ces termes :

Mes chers Confrères,

Ce n'est pas sans une certaine émotion que je me lève à cette place d'où, pendant vingt années consécutives, notre excellent Directeur, a porté la santé des membres du Concours médical. Mais, puisque la maladie qui l'a retenu loin de nous depuis quelques mois, ne lui permet pas encore d'affronter les fatigues d'un banquet et d'assemblées générales multiples, je profiterai de cette éphémère présidence pour remplir un double devoir.

Ce sera d'abord de me faire votre interprète à tous en portant la santé du Docteur Cézilly, en lui souhaitant un prompt et complet rétablissement, en l'assurant de notre unanime sympathie.

Messieurs, au Docteur Cézilly. (*Applaudissements répétés suivis du ban traditionnel.*)

Permettez-moi maintenant de m'unir à lui — car il est de cœur avec nous — et à mes collègues du Conseil de Direction, pour porter la santé des membres du Concours médical et de ses œuvres, tout particulièrement la vôtre, Messieurs, qui avez assisté à nos réunions et à notre banquet confraternel.

Vous venez, chaque année, nous apporter vos conseils, renouveler notre provision d'énergie pour la lutte, nous fortifier de vos encouragements : nous vous en sommes profondément reconnaissants et c'est toujours, croyez-le bien, avec un plaisir nouveau que nous nous retrouvons au milieu de vos figures amies.

Aux membres du Concours médical et de ses œuvres !

A votre bonne santé et à votre prospérité, Messieurs ! (*Nouveaux applaudissements et nouveau ban*).

Et, aussitôt, M. le Dr Henri Cézilly se lève pour répondre à l'hommage adressé à son père :

« Messieurs, dit-il, je tâcherai de me faire l'écho fidèle de la sympathie que vous manifestez à votre Directeur, et il en sera aussi touché que moi-même.

Je vous remercie personnellement de l'honneur que vous m'avez fait en me nommant membre du Conseil de Direction. Je saisis l'occasion de vous dire combien le zèle et l'amitié de mes collègues rendent facile la tâche de suppléance que j'ai assumée, et je lève mon verre en l'honneur de MM. Gassot, Maurat et Jeanne dont nous ne louerons jamais assez le dévouement aux intérêts du Concours médical et de la corporation tout entière. » (*Applaudissements répétés suivis d'un ban*).

Il est de tradition que notre banquet réunisse tous ceux qui sont nos collaborateurs à divers titres, et qu'on leur adresse ce jour-là les remerciments qu'ils méritent si bien. C'est M. le Dr Jeanne qui était chargé de cette agréable mission. Il a essayé de la remplir en prononçant à peu près les paroles suivantes :

L'absence de notre grand inspirateur m'a valu, cette année, mes chers confrères, le plaisir d'aider M. le Dr Henri Cézilly à mettre à contribution l'infatigable bonne volonté de ceux que nous sommes habitués à appeler à notre aide et qui répondent toujours : Quelques-uns de ceux-là n'ont pu être des nôtres ce soir : MM. Labbé père et fils, M. Lepage, M. Delefosse. Ils n'en sont pas moins de cœur avec nous, donnons-leur notre première pensée.

Mais ne manquons pas non plus de fêter et remercier les présents.

Voici d'abord M. le Dr Dubuisson, député du Finistère. Vous le connaissez, Messieurs ; il est de l'école de M. le Dr Dron qui nous a rendu cette année les deux signalés services que vous savez. M. Dubuisson, qui n'aime pas les incompatibilités, trouve bien le moyen de remplir son mandat, tout en gardant la présidence de son syndicat du Finistère, tout en assistant aux séances du Bureau de l'Union des syndicats, tout en répondant aux appels du *Concours médical.* Il donne ainsi à d'autres une leçon significative. (*Un ban pour M. Dubuisson.*)

Voici maintenant M. le Dr Lande, autre cumulard comme il en faudrait beaucoup. Il fut du Concours dès l'origine ; il a une part considérable à revendiquer dans la paternité de notre Caisse des Pensions, et présidé à son développement de la façon que vous savez. Il incarne l'Association de la Gironde ; il siège au Conseil de l'Association générale ; il dirige l'Union des syndicats ; et enfin (j'en oublie peut-être)..... il est maire de Bordeaux. Pourquoi me suis-je livré à cette émunération de fonctions ? C'est afin de souligner, Messieurs, la reconnaissance que nous lui avons d'avoir trouvé moyen de venir s'asseoir aujourd'hui au milieu de nous tous, ses vieux amis.(*Un ban pour M. Lande.*)

M. le Dr Le Gendre, médecin des hôpitaux ! — Encore un nom aimé qu'on retrouve à toutes les époques de notre histoire et que le Journal porte sur toutes ses pages. Encore un homme qui agit sans que nous ayons même besoin de l'y provoquer. Au Congrès de déontologie, il a rappelé nos idées ; dans les commissions de révision de la loi Roussel et de l'encombrement médical il a fructueusement dirigé nos travaux ; demain, à la Faculté, dans les conférences qu'il a inaugurées, avec M. le Dr Lepage, il dira aux médecins de l'avenir comment nous comprenons la profession. Public ou discret, son dévouement à notre cause est de tous les jours. (*Un ban pour M. Le Gendre.*)

Voyez, chers confrères, un peu plus loin, deux couples déjà remarqués dès l'année dernière : M. Leblond, président de la Participation assis à côté de M. Pannetier, administrateur-délégué de la Financière, et M. le Dr Arthur Petit, commissaire des comptes de la Financière, fraternisant avec M. Eug. Pierre, administrateur-délégué de la Participation. Vous savez l'histoire de ce mariage qui fut, à la fois, de convenance et d'inclination : le ménage en est toujours à la lune de miel, la dot que vous lui avez apportée va toujours s'accroissant sous la gestion des conjoints. Naquet n'a rien à faire ici. (*Un ban pour les représentants de la Participation et de la Financière.*)

Que pouvons-nous dire qui n'ait été déjà dit à notre conseil financier, M. Chanlaire, et à notre conseil judiciaire M. Lordereau ? Leur éloge sera fait quand je vous aurai appris que leurs services sont toujours aussi précieux et aussi gracieusement offerts. (*Un ban pour nos conseils.*)

Depuis la promulgation de la loi d'assistance médicale de 1893, MM. Rondel et L. Petit ont tenu l'oreille ouverte aux réclamations que nous leur apportions en votre nom et nous ont aidé à mettre fin aux conflits signalés. Mardi prochain nous serons de cœur avec ceux qui fêteront la décoration de M. le Dr Léon Petit. Fêtons aujourd'hui l'élévation de M. Rondel aux fonctions de sous-Directeur de l'assistance au Ministère de l'Intérieur, car le jour où il nous apprit cet avancement il nous dit qu'il en profiterait pour nous être encore plus serviable que par le passé. (*Un ban pour* M. *Rondel.*)

Quand naquit l'Amicale, M. L. Marie entoura son berceau d'une vigilance et d'une sollicitude paternelles. Absorbé (c'est le mot) par d'autres obligations impérieuses, il a confié la tutelle à M. Fleury, actuaire, qui vient pour la première fois s'asseoir au milieu de nous en nous apportant cette bonne nouvelle : « L'inventaire constate que vous avez marché droit. » Saluons, Messieurs, au nom de notre inexpérience, les deux guides qui veillent sur notre marche et nous aident à rendre un gros service aux confrères prévoyants. (*Ban pour nos actuaires.*)

M. Gatineau, je n'ai plus assez de fleurs à répandre sur votre front ; je vous ai nommé trop tard. Mais les succès du *Sou médical*, qui sont votre œuvre, parlent bien mieux que moi. Vous êtes le digne conseil de la vaillante Ligue que nous avons créée ensemble. Au nom de vos nombreux obligés, félicitations et chaleureux remerciements. (*Ban à M. Gatineau.*)

Permettez-moi, chers confrères, un petit mot personnel pour finir. Vous connaissez tous nos rédacteurs du journal : vous aimez et goûtez les anciens, vous avez aujourd'hui récompensé les nouveaux. Vous serez de cœur avec moi, j'en suis sûr, pour les associer à tous ceux dont j'ai vaguement rappelé les services, et vous direz avec moi : A la santé de tous les collaborateurs du *Concours médical* ! (*Applaudissements prolongés.*)

M. le Dr Dubuisson prend la parole à son tour :

Mes chers Confrères,

Je remercie les membres du *Concours médical* du grand honneur qu'ils m'ont fait en m'invitant à ce banquet confraternel, je dis de l'honneur et aussi du plaisir, car je suis toujours heureux de me trouver au milieu des confrères qui ont été des premiers à s'organiser pour la défense des intérêts professionnels.

Si on m'a fait cet honneur et si M. le docteur Jeanne a bien voulu faire de moi un éloge un peu exagéré, c'est que vous savez que je suis et que j'ai toujours été disposé à défendre les droits du médecin, mais si j'ai rendu quelques services c'est seulement à mes confrères du Finistère ; je n'ai pas eu encore l'occasion de soutenir vos revendications à la Chambre. Cependant le moment paraît venir où il faudra engager la lutte.

La loi sur la pharmacie a été votée en première lecture sans que personne en fût prévenu.

Ce projet, présenté par M. Astier, n'est pas très favorable aux médecins. En dehors des articles que vous connaissez, droit pour les pharmaciens de délivrer sans ordonnance la plus grande partie des médicaments, ce qui est l'organisation de l'exercice illégal par les pharmaciens, de la distance de 6 kilomètres pour la délivrance des médicaments, ce qui est exagéré, M. Astier, l'auteur de la proposition, a jugé bon de supprimer l'article voté par le Sénat et autorisant le médecin à délivrer certains médicaments en cas d'urgence. Il sera donc nécessaire de déposer des amendements et nous devrons nous entendre à ce sujet.

Mais il y a d'autres questions qui sont encore plus urgentes, car la loi sur la pharmacie ne peut être discutée immédiatement.

Ceux d'entre vous qui lisent les journaux politiques ont pu voir que vendredi M. le Ministre du commerce est venu dire qu'il croyait le moment venu de discuter toutes les propositions de modification à la loi sur les accidents du travail. La loi est appliquée depuis un an et il n'y a plus d'inconvénient, à examiner les changements et les améliorations qu'on peut apporter à cette loi.

M. le Ministre du commerce *s'était opposé jusqu'à présent à toute discussion et il était* encore *venu il* n'y a pas six mois devant la commission d'assurance et de prévoyance sociale dont je fais partie pour nous demander de ne pas déposer les rapports qui sont faits sur certaines propositions.

Le moment est donc venu de présenter nos revendications ; mais il faut le faire dans des termes qui soient de nature à ne pas nous mettre en relief. Je prends un exemple : l'autre jour au Conseil d'administration de l'Union des syndicats, nous avons reçu une communication de confrères qui réclament contre la clause introduite dans les polices d'assurance par les compagnies qui imposent aux patrons un médecin désigné par elles.

Il y a un obstacle à notre désir de forcer les Compagnies à accepter nos tarifs. Eh bien, je crois qu'il y a quelque chose à faire, mais il ne faut pas parler de l'intérêt du médecin, faisons une proposition qui aura pour but de garantir la liberté de l'ouvrier de choisir son médecin, et nous avons chance de réussir ; mais, je le répète, ne mettons pas le médecin en avant car nous nous ferions battre. C'est de la politique, mais elle est nécessaire. (*Salve d'applaudissements*).

Nous ne pouvons reproduire textuellement les paroles prononcées ensuite par M. le Dr Lande. Notre confrère, dans une de ces faciles et heureuses improvisations dont il a le secret, a reporté sur les anciens de la Gironde, grands fanatiques de la solidarité, l'honneur de l'éducation qu'il a reçue en matière d'union pour la défense professionnelle, et des succès qu'il a pu obtenir à son tour. « Devant les résultats déjà enregistrés, a-t-il dit en terminant, je propose un toast à la mémoire de tous nos précurseurs, et à la santé de tous les vaillants que je n'ai pas besoin de nommer. »

Et il s'est assis au milieu d'applaudissements prolongés.

M. Leblond demande la parole à ce moment et s'exprime en ces termes :

Messieurs,

Permettez-moi d'exprimer ici, au nom du Conseil central de la Participation, les regrets causés parmi nous, par la retraite de notre ami, le Dr Cézilly.

La cause qui a motivé cette retraite est malheureusement de celles contre lesquelles la volonté des hommes ne peut rien, la maladie a frappé notre ami et nous ne pouvons qu'espérer et souhaiter de grand cœur un prompt rétablissement de sa santé si chère à tous ceux qui ont su apprécier en dehors de son œuvre de dévouement, le caractère si bon, si droit et si loyal du Dr Cézilly.

Si, momentanément, nous sommes privés de la présence de celui qui, par la pensée, est encore ce soir parmi nous, nous avons la grande satisfaction de saluer son successeur au conseil de la Participation, le Dr Jeanne le bras droit du Dr Cézilly au Concours Médical, et de lui témoigner ici, le plaisir qu'il a fait au Conseil en consentant à partager ses travaux.

C'est une charge nouvelle qu'il a consenti à ajouter à celles qui pèsent déjà sur lui, mais nous le connaissons assez pour être assurés qu'il est capable de les mener toutes à bien.

Je lève mon verre à la santé de ceux que nous avons pu connaître et apprécier personnellement, du Dr Cézilly, du Dr Jeanne, son successeur à la Participation, et au sympathique Président de la Financière médicale, M. le docteur Gassot. (*Applaudissements répétés.*)

Et les toasts succèdent aux toasts.

Maintenant c'est M. Eug. Pierre qui rappelle les heureuses conséquences de l'entente entre le Concours et l'Union industrielle :

« Ensemble, dit-il, nous avions à nous défendre, vous médecins, nous industriels. Nous avons marché, « et nous marchons, la main dans la main, sans sacrifier à cet accord ce qui est du domaine particulier de

« chacune des deux parties. Il n'est pas mauvais que vos vues soient connues dans le monde industriel, « et il est bon aussi, nous ont dit ceux qui vous guident, que les médecins deviennent plus soucieux des « questions pécuniaires qui intéressent leur budget.
« Messieurs, à notre accord, à notre entente ! ! » (*Applaudissements et ban.*)

Puis M. le Dr Maurat vient remplir un devoir, celui de rendre compte à nos confrères de la mission qui lui fut confiée ainsi qu'au Dr Jeanne, d'ouvrir une souscription dans le but d'offrir un témoignage de gratitude à MM. les Drs Cézilly et Gassot.

Cette souscription, dit-il, pour laquelle les promoteurs souhaitaient plutôt le nombre que les résultats élevés, n'a pas tardé à prendre des proportions qui n'étaient plus en rapport avec le but poursuivi. Elle s'élève, actuellement, à plus de 2.600 fr. et nos confrères qui auraient accepté avec reconnaissance un souvenir, ne consentaient plus à en recevoir un d'un prix aussi élevé. Leur intention était donc d'en distraire la plus grande partie pour l'attribuer à une œuvre médicale.
Les choses en étaient là quand la maladie est venu surprendre l'un d'eux, et tout reste en suspens.
Quand notre cher confrère le Dr Cézilly sera rétabli, la question sera reprise et nous pourrons alors vous faire part de leur décision.
En attendant, termine-t-il, permettez-moi de lever mon verre pour remercier nos généreux et nombreux souscripteurs et pour souhaiter du fond du cœur le prompt retour à la santé de notre cher Directeur. (*Vifs applaudissements.*)

Et enfin, M. le Dr Hervouët ramène notre pensée vers ceux qui sont l'objet, la raison d'être, des efforts réitérés du Concours médical :

Mes chers Confrères,
Je veux porter un toast, non pas à une personnalité, mais à une entité générale, au « Prolétariat médical ». Il faut ranger sous cette étiquette la foule des médecins qui, sans autre titre que leur diplôme, exercent leur profession, et en ont besoin, pour vivre, pour élever leur famille, et donner à leurs enfants une instruction suffisante pour qu'ils ne soient pas les inférieurs de leurs pères.
Le prolétaire médical travaille toute sa vie pour le bien de la société, sans que celle-ci lui assure le pain de la vieillesse. Il a comme religion, non pas le respect, mais le fétichisme des grands maîtres. Il est pour ceux qui se dévouent à sa cause, ce qu'est la Société pour lui-même, défiant ou indifférent. Il est cependant l'enfant chéri du Concours. Je bois au prolétaire médical. » (*Longs applaudissements.*)

Et on se lève de table, à la recherche de l'ami que l'on veut entretenir, du conseiller dont on désire l'avis, du camarade perdu de vue et retrouvé après longtemps.
Ah ! la bonne et réconfortante journée que celle de l'Assemblée générale du Concours !
Fidèles à nos habitudes, nous reproduisons les noms des confrères ou amis dont la présence a été constatée aux réunions et au banquet, et nous les assurons de toute notre gratitude, car c'est à eux que nous devons le charme de notre fête annuelle.

Messieurs les docteurs de Saint-Cyr de Montlaur, de la Celle-Saint-Cloud (Seine-et-Oise) ; Pardoux, de Clermont-Ferrand ; Mignon, des Mureaux (Seine-et-Oise) ; Gassot, de Chevilly (Loiret) ; Maurat, de Chantilly (Oise) ; Jeanne, de Meulan (Seine-et-Oise) ; Salomon, de Savigné-l'Evêque (Sarthe) ; des Chesnais, de Ville-d'Avray (Seine-et-Oise) ; Pannetier, de Triel (Seine-et-Oise) ; Petit, de Château-Thierry (Aisne) ; Delefosse, de Paris ; Lambry, de Courtenay (Loiret) ; H. Cézilly, de Coye (Oise) ; de Grissac, d'Argenteuil (Seine-et-Oise) ; Le Gendre, de Paris ; Bazot, de Joigny (Yonne) ; Huguenin, de Paris ; Faraggi, de Montesson (Seine-et-Oise) : Delobel, de Noyon (Oise) ; Hervouët, de Paris ; David, de Claye-Souilly (Seine-et-Marne) ; Chamoin, de Paris ; Tabard, de Vareddes (Seine-et-Marne) ; Cabou, de Blesmes (Seine-et-Marne) ; Katz, de Pontoise (Seine-et-Oise) ; Mangenot, de Paris ; Lande, de Bordeaux ; Breitman, de Montesson (Seine-et-Oise) ; Maître Gatineau, de Paris ; Dunogier, de Paris ; Diacre, de Villeneuve Saint-Georges (Seine-et-Oise) ; Duhourcau, de Cauterets (Hautes-Pyrénées) ; de Chateaubourg, de Neuve-Lyre (Eure) ; Duchesne, de Ferrières-en-Gâtinais (Loiret) ; Mercier, de Paris ; Courtault, de Royat (Puy-de-Dôme) ; Treille, de Lavaveix-les-Mines (Creuse) ; Mounier, de la Ferté-Saint-Aubin (Loiret) ; Bourdin, de Paris ; Richard-Lesay, de Lille ; Beuve, de Dammartin (Seine-et-Marne) ; Pontet, de Rives (Isère) ; Acard, de Paris ; Gouffier, de Neuilly (Seine) ; Rousseau, de Conflans (Seine-et-Oise) ; Béziat, de Roissy (Seine-et-Oise) ; Kleckowski, de Grand-Fresnoy (Oise) ; Chevallier, de Compiègne (Oise) ; Leriche (de Joigny) ; Solleaud (de Vichy) ; Lemaire, de Compiègne (Oise) ; Leroy, de Noyon (Oise) ; Tartarin, de Bellegarde (Loiret) ; Carlotti, d'Auneau (Eure-et-Loir) ; Barthès, de Chartres ; Macrez, de Paris ; Ed. Vidal, de Paris ; A. Petit, de Paris ; Lacroix, de Paris ; Maître Lordereau, de Paris ; Daix, de Clermont (Oise) ; Dubuisson, député ; Leblond, de Rouen ; Pierre, de Paris ; Fleury, actuaire ; Rondel, de Paris ; A. et G. Chanlaire, de Paris ; Champetier, de Vals (Ardèche) ; P. Petit, de Paris ; Boulay, de Paris ; Petitjean, de Jouarre (Seine-et-Marne) ; Greuet, de Maisons-Laffitte (Seine-et-Oise) ; Lepage, de Paris ; Barrabé, de Bagnoles (Orne) ; Courgey, d'Ivry (Seine) ; Boirivant, de Paris ; Carlet, de Paris ; Cailleux, de Crépy-en-Valois (Oise) ; Bérillon, de Paris ; Tison, de Paris ; Cesbron, de Marines (Seine-et-Oise) ; Gellé, de Paris ; Ribard, de Meudon (Seine-et-Oise) ; Leuillieux, de Conlie (Sarthe) ; Grellety, de Vichy (Allier) ; Levassort, de Paris ; Aguilhon de Sarran, de Paris ; Villeprand, de Paris ; Ledé, de Paris ; Deléage, de Vichy (Allier) ; Bellencontre, de Paris.

Se sont excusés : MM. les docteurs Labbé, sénateur ; Léon-Petit, de Paris ; M. Baudouin, de Paris ; de Fourmestreaux, de Versailles ; Lamothe, de la Souterraine (Creuse) ; Rogée, de Saint-Jean d'Angély (Charente-Inférieure) ; Siguan, de Port Saint-Louis-du-Rhône (Bouches-du-Rhône) ; Baronnet, de Paris ; Beauxis-Lagrave, d'Aulnay-les-Bondy (Seine-et-Oise) ; Debray, de Creil (Oise) ; Hervé, de la Motte-Beuvron (Loir-et-Cher) ; Fraenkel, de Paris ; Thouvenin, de Pierre (Saône-et-Loire) ; Perret, de Romans (Drôme) ; Giberton-Dubreuil, Jouy-en-Josas (Seine-et-Oise) ; Gougmétou, Bezons (Seine-et-Oise) ; Lassalle (de Lormont) ; Verdalle (de Cannes), etc.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André. — Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 49 8 DÉCEMBRE 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

VIIe ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DE

L'ASSOCIATION AMICALE DES MÉDECINS FRANÇAIS

18 NOVEMBRE 1900

Présidence de M. le Dr MAURAT, *Vice-Président.*

La séance est ouverte à deux heures, au restaurant Marguery.

Etaient présents au Bureau : MM. les docteurs Maurat, Gassot, trésorier ; Jeanne, secrétaire général ; Huguenin, Hervouët, de Saint-Cyr, H. Cézilly, Mignon, secrétaire des séances.

M. Maurat, président, ouvre la séance en ces termes :

Mes chers Confrères,

En prenant place au fauteuil de la présidence, de cette réunion, ma pensée se reporte immédiatement, ainsi que la vôtre, je n'en doute pas, vers notre cher président habituel, M. le Dr Cézilly, retenu loin de nous par la maladie et qui, hier encore, m'exprimait si vivement son regret de manquer pour la première fois à cette réunion de famille. Permettez-moi de lui adresser ici, en votre nom, tous nos regrets, ainsi que tous nos vœux de prompt rétablissement.

Il eût été cependant d'autant plus heureux de se trouver aujourd'hui au milieu de nous, qu'il n'aurait eu que de bonnes nouvelles à vous apporter. Cette sixième année de notre exercice et cette septième réunion générale sont, en effet, la consécration de notre œuvre et votre trésorier auquel j'ai hâte de céder la parole, vous annoncera lui-même le merveilleux résultats de notre inventaire général. Vous y verrez que nos prévisions se sont toutes réalisées venant ainsi définitivement assurer notre prospérité ; que la combinaison A surtout nous a donné des résultats magnifiques et que si la combinaison B offre des résultats inférieurs à la précédente, ils n'en sont pas moins encore supérieurs à nos prévisions. Notre cher Secrétaire général aura cependant au moment de l'examen des statuts, à vous proposer quelques légères modifications de texte étudiées par votre conseil et destinées à assurer d'une façon encore plus absolue la sécurité de notre avenir.

Vous aurez également à procéder, au cours de cette séance, à l'élection du bureau de votre Société, les membres anciens (toujours rééligibles d'après les statuts) étant arrivés au terme de leur mandat.

Mais avant de donner la parole à notre trésorier, permettez-moi d'exprimer un vœu :

Maintenant que nous avons la certitude absolue de ne pas nous être trompés, je souhaite que chacun de nous, assuré de s'être engagé dans la bonne voie, devienne un apôtre convaincu et se fasse, dans son entourage, le propagateur de notre œuvre si utile ; aucune hésitation n'est plus possible, et tous les médecins, riches ou pauvres (pauvres surtout ! ce qui hélas est la majorité), doivent participer à notre œuvre de prévoyance et pouvoir sans terreur envisager l'éventualité de maladie qui jadis tarissait leurs ressources.

Courage donc, mes amis, allons de l'avant, prê-

chons la bonne parole, soyons mille, l'an prochain ! et que ce premier millier de prévoyants soit le premier échelon de notre prospérité future. (*Vifs applaudissements*.)

La parole est à M. le Dr Gassot, pour la lecture de son rapport financier.

Rapport du Trésorier.

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier de notre Association amicale pour l'année 1899.

Au cours de cette année, le Conseil d'administration a prononcé 86 admissions.

Au 1er janvier nous étions 502, nous serions donc 588 si nous n'avions eu le malheur de perdre 16 de nos sociétaires, savoir : 5 par décès, 6 par radiation et 5 par démission ; nous restons donc 572 au 31 décembre 1899.

Sur les 86 membres nouveaux, 43 ont pris la combinaison A et 43 la combinaison B.

En outre 2 membres inscrits précédemment à la combinaison A ont été autorisés à passer à la combinaison B.

Enfin les membres que nous avons perdus appartiennent, 9 à la combinaison A et 7 à la combinaison B, de telle sorte que notre situation au 31 décembre 1899 s'établit de la manière suivante :

274	membres inscrits à la combinaison A.
1	— — à la combinaison 1/2 A.
294	— — à la combinaison B.
3	— — à la combinaison 1/2 B.
572	

Les cotisations sont rentrées avec régularité et peu de membres restaient sous le coup de la suspension prévue par l'article 11 des statuts.

Recettes.

Les recettes de l'année 1899 se sont élevées à 49.868 fr. 97, savoir :

Cotisations	45.783 50
Intérêts des valeurs	2.751 63
Remboursement de valeurs	988 42
Recouvrements et rappels	243 77
Dons	102 25
Total	49.868 97

Dépenses.

Les dépenses ont atteint le chiffre de 23.696 fr. 75 savoir :

Matériel	29 50	
Imprimés	132 20	
Poste et transports divers	238 65	
Recouvrements et rappels	95 85	
Timbres quittances	110 10	903 95
Frais de bureau	200 »»	
Frais de trésorerie	22 65	
Déplacements des membres du conseil	75 »»	
Indemnités aux associés malades		22.792 80
Total		23 696 75

Vous pouvez constater, Messieurs, que nous nous efforçons toujours de réduire au strict minimum les dépenses d'administration.

Balance.

Si au total des recettes		49.868 97
on ajoute les espèces à la Société générale au 31 décembre 1898	2.444 70	2.666 52
et les espèces en caisse à la même date	221 82	
on trouve		52.535 49
Et si l'on déduit les dépenses de l'année		23.696 75
On trouve un excédent de		28.838 74

dont emploi a été fait de la manière suivante :

Achat de 20 obligations Grand Central 3 %	9.400 30	
Achat de 40 obligations Ouest 2,5 %	16.680 »»	
Espèces à la Société générale	2.580 20	
Espèces en caisse	178 24	
Total égal		28.838 74

Avoir de l'Association au 31 décembre 1899.

	Prix d'achat.	Au cours.
300 fr. de rente 3 % sur l'Etat Français	10.283 40	9.905 »»
350 fr. de rente 3,5 % sur l'Etat Français	10.840 70	10.180 »»
8 obligations chemin de fer de l'Est 3 % nouvelles	3.711 05	3.656 »»
20 obligations chemin de fer de l'Est 3 % anciennes	9 474 40	9.020 »»
30 obligations chemin de fer du Midi 3 % anciennes	13.850 45	13.680 »»
30 obligations chemin de fer Grand Central 3 %	14.228 65	13.599 »»
40 obligations chemin de fer Lyon Fusion 3 % anciennes	19.140 25	18.400 »»
40 obligations chemin de fer de l'Ouest 2,5 %	16.680 »»	16.200 »»
15 obligations Banque hypothécaire remb. à 1.000 fr.	8.493 »»	8.355 »»
Espèces à la Société générale	2.580.20	2.580.20
Espèces en caisse	178.24	178.24
Totaux	109.460.34	105.753.44

Comme tous, nous sommes victimes de l'avilissement des cours de la Bourse qui nous occasionne une moins value de plus de 3.500 fr. Il est vrai que cet abaissement nous permettra d'être acquéreurs dans de meilleures conditions.

Caisse auxiliaire.

Elle est alimentée par les amendes et les dons faits sans affectation spéciale.

Au 31 décembre 1898, elle possédait	633 25
En 1899 nous lui avons versé pour dons	2.25
Elle possède donc au 31 décembre 1899	635.50

Somme qui est comprise dans l'avoir de l'Association.

Nous vous demandons, Messieurs, de vouloir bien approuver ces comptes d'une manière définitive.

Comptes provisoires de 1900.

Il me reste maintenant à vous donner un aperçu de notre situation actuelle.

En 1900, le Conseil d'administration a admis 92 nouveaux membres, savoir 40 à la combinaison A, 51 à la combinaison B et un à la combinaison 1/2 B. Il a en outre autorisé le passage d'un membre de la combinaison A à la combinaison B.

D'autre part nous avons perdu 6 sociétaires, savoir 4 par décès et 2 par radiations.

Il en résulte que nous sommes actuellement 658 ainsi répartis :

308 inscrits à la combinaison A.
1 inscrit à la combinaison 1/2 A.
345 inscrits à la combinaison B.
4 inscrits à la combinaison 1/2 B.
658

Recettes

Nos recettes s'élèvent, au 10 novembre 1900, à 54.812 fr. 36, savoir :

Cotisations	50.942 fr. 25
Intérêts des valeurs	3.179 fr. 20
Recouvrements et rappels	284 fr. 41
Dons	42 fr. 50
Amendes	364 fr.
	54.812 fr. 36

Dépenses.

Nos dépenses, à la même date, s'élevaient à :

Matériel	7 75	
Imprimés	66 50	
Poste et transports divers	236 85	
Recouvrements et rappels	106 15	
Timbres quittances	122 60	1.233.90
Frais de bureau	600 »»	
Frais de trésorerie	31 55	
Déplacements des membres du Conseil	62 50	
Indemnités aux associés malades		29 832 95
		31.066 85

L'influenza s'est fait lourdement sentir en 1900, c'est à elle que nous devons la plus grosse part des indemnités que nous avons eu à verser.

Balance des comptes.

Si au total des recettes	54.812 36
on ajoute les espèces à la Société générale au 31 décembre 1899	2.580 20
et les espèces en caisse à la même date	178 24
on trouve	57.570 80
Et si l'on déduit les dépenses	31.066 85
on trouve un excédent de..	26.503 95

dont emploi a été fait de la manière suivante :

Achat de 30 obligations Ouest 2,5 %	12.240 »»
Espèces à la Société Générale	13.480 40
Espèces en caisse	783 55
Total égal	26.503 95

Avoir de l'Association au 10 novembre 1900.

	Prix d'achat.	Au cours.
300 fr. de rente 3 % sur l'Etat français	10.283 40	10.045 »»
350 fr. de rente 3,5 % sur l'Etat français	10.810 70	10.182 »»
8 obligations chemin de fer de l'Est 3 % nouvelles	3.711 05	3.572 »»
20 obligations chemin de fer de l'Est 3 % anciennes	9.474 40	9.030 »»
30 obligations chemin de fer du Midi 3 % anciennes	13.850 45	13.410 »»
30 obligations chemin fer Grand-Central 3 %	14.228 65	13.395 »»
40 obligations chemin de fer de Lyon Fusion 3 % anciennes	19.140 25	17.880 »»
70 obligations chemin de fer de l'Ouest 2.50 %	28.920 »»	28.140 »»
15 obligations Banque hypothécaire remb. à 1.000 francs	8.493 »»	8.160 »»
Totaux	118.911 90	113.804 »»
Espèces à la Société générale..		13.480.40
Espèces en caisse		783.55
Total		128.067.95

L'année 1900 est incontestablement la plus mauvaise que nous ayons eu à traverser ; ses résultats ne peuvent cependant infirmer les affirmations de notre actuaire, qui nous dit que notre situation est bonne.

La moyenne des cotisations étant de 75 francs, nous avons en réserve pour chaque membre plus de deux fois cette cotisation et, cependant, depuis la création de notre Association nous n'avons pas versé à nos confrères malades moins de 103.364 fr. 75.

Faut-il insister maintenant sur les services que nous avons pu rendre à ces confrères ? Je me contenterai d'extraire de la lettre de l'un d'eux le passage suivant :

« Certes, en adhérant à l'Amicale, je ne croyais pas avoir un jour besoin de frapper à sa caisse : jamais je n'avais été malade, je pensais m'associer simplement à une œuvre de solidarité professionnelle ? Et tout d'un coup, j'ai été arrêté de telle façon, que je me demande quand je sortirai de l'état lamentable où je me trouve, si même j'en sortirai ! De sorte que j'ai fait, bien sans le penser, œuvre de prévoyance et que je m'en félicite hautement. Mon exemple a converti mon voisin qui m'a donné ses soins..... mais ce n'est pas un adhérent que je voudrais vous amener, c'est tous les confrères auxquels mon cas devrait servir de leçon. »

C'est sur ces paroles, mes chers confrères, que je terminerai ce rapport : je ne crois pas qu'il puisse y avoir rien à ajouter. (*Applaudissements*).

Rapport des contrôleurs.

M. le Président. — La parole est à M. le Dr de Saint-Cyr, contrôleur, pour la lecture du rapport :

Messieurs et chers Confrères,

Les contrôleurs soussignés ont procédé à la vérification des comptes de notre trésorier le 24 octobre dernier.

Notre rapport sera bref : les livres de comptabilité de M. le Dr Gassot sont tenus avec une perfection absolue à tous égards.

Vous voudrez bien vous joindre à nous pour témoigner notre grande reconnaissance à notre cher trésorier et désirer qu'il veuille bien le plus longtemps possible être l'agent tutélaire de nos finances.

Dr Rigabert, Dr de Saint-Cyr.

M. Delefosse. — Messieurs, vous venez d'entendre le rapport de notre trésorier. Je me demande si nous ne devrions pas trouver un moyen de lui éviter d'être lésé dans ses plus légitimes intérêts, en travaillant pour nous. Notre confrère travaille énormément et nous lui devons un dédommagement par avance des risques qu'il court avec notre caisse, et des pertes qu'il pourrait faire. L'indemnité que je vous demande de lui accorder n'est pas faite pour le remercier de son travail, nous ne serons jamais assez riches pour trouver celle qu'il faudrait dans ce but. C'est une garantie, un dédommagement de ses risques de caisse que je demande pour lui. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — Je remercie vivement M. Delefosse de son idée à laquelle nous nous rallions tous. Mais je laisse M. Gassot répondre.

M. Gassot. — Les 600 francs de frais de bureau que vous m'avez alloués l'année dernière sont suffisants pour le moment, ils me permettent de me faire aider au moment de la rentrée des cotisations. S'ils devenaient insuffisants, je vous le dirais.

M. Maurat. — Cependant, il faudra bientôt discuter et adopter la proposition de M. Delefosse : cela devient de plus en plus urgent. (*Applaudissements.*)

M. Jeanne. — Je profite de l'occasion pour adresser au nom du Conseil, à M. Delefosse, secrétaire de la Caisse des pensions, les plus chaleureux remerciements, que nous lui réservions pour le banquet, à cause de son dévouement incessant à cette fille aînée du Concours, et j'y associe son président M. le Dr Lande qui entre en ce moment au milieu de nous (*Vifs applaudissements*) et M. le Dr Verdalle.

M. Delefosse. — Je les accepte et en reporterai sa part à M. Verdalle qui les mérite beaucoup mieux que moi, car son travail est beaucoup plus considérable.

M. le Président. — Je mets aux voix l'approbation des comptes du trésorier.

Ces comptes sont approuvés à l'unanimité.

Rapport du Secrétaire général.

M. le Président. — Je donne maintenant la parole à M. le secrétaire général pour la lecture de son rapport.

M. le Dr Jeanne, secrétaire général :

Chers Confrères,

A l'heure où l'Amicale atteint sa septième année, l'âge de raison, après avoir inscrit sur ses livres plus de 700 sociétaires, nous étions impatients de savoir si, à travers les incertitudes de nos premiers pas, nous avions marché dans la bonne voie.

L'inventaire, je m'empresse de vous le dire, vient de répondre affirmativement. Il serait fastidieux de vous énumérer en détail les chiffres statistiques qu'il a fait ressortir. Bornons-nous à ceux qui résument la situation au 1er janvier 1900, après six années révolues.

A cette date, la combinaison A était en bénéfice de 23 833 fr. sur les prévisions de la table de morbidité : l'excédent de la combinaison B se montait à 12.033 fr.

Résultats très bons, cela va sans dire. Et pourtant, M. Fleury, qui a bien voulu continuer les bons offices de M. Léon Marie et s'inspirer de ses idées, s'empresse de calmer les enthousiasmes prématurés, par cette réflexion. « *Les observations n'ont porté à l'inventaire que sur 947 années de vie : c'est trop peu pour que l'on en puisse tirer des conclusions d'une valeur en quelque sorte mathématique, et il est prudent, tout en se félicitant du résultat obtenu, d'attendre un second inventaire avant de diminuer les cotisations, s'il y a lieu.* »

Autre raison de nous tenir sur la réserve. Le nombre des sociétaires diffère peu dans les deux combinaisons : le nombre des journées de maladie à 10 fr. y est le même, mais, tandis que l'indemnité mensuelle coûte 3.000 à la combinaison A, elle atteint 18.000 fr. dans la combinaison B. Voilà l'effet d'une moyenne d'âge plus élevée mis en évidence dès aujourd'hui. Et nous en devons conclure que cette augmentation, qui va se produire aussi peu à peu dans la combinaison A, y diminuera de plus en plus l'accumulation des réserves.

Enfin, il n'est pas jusqu'à la diminution progressive du revenu relatif du portefeuille, diminution fatalement liée à l'abaissement du taux de l'argent, qui ne doive entrer en ligne de compte pour nous conduire à une juste appréciation de notre fortune.

Si j'ajoute que l'année 1900 a été plus lourde que celles soumises à l'inventaire, vous trouverez tout naturel que votre Conseil s'abstienne de vous convier de monter au Capitole ; tout naturel aussi qu'il vous propose de ne toucher aux statuts que pour assurer de plus en plus, une régularité administrative en rapport avec le développement de la Société.

Plusieurs d'entre vous qui, sans doute, avaient des raisons de le faire, et dont le dévouement à l'Œuvre vous est depuis longtemps connu, nous ont dit qu'il se commettait quelques abus, qu'il fallait user pleinement de tous nos moyens de contrôle, prémunir, contre les faiblesses de l'esprit de camaraderie ou d'indifférence, les examinateurs et les médecins traitants, supprimer, dans les statuts tout ce qui ouvrirait la porte à une sorte de spéculation. Ils ont eu la même préoccupation que nous, chers confrères, et vous n'hésiterez pas, j'en suis sûr, à voter les quelques mesures que je vais passer en revue, car c'est l'expérience qui en a suggéré la nécessité.

1° Plusieurs discussions qui se sont produites aux assemblées générales touchant le 2e paragraphe de l'article 20, nous conduisent à vous proposer de le rédiger ainsi : « *Le droit à l'indemnité dure pendant toute la vie du sociétaire, dans les conditions déterminées à l'article 30.* » En parlant ainsi, nous n'innovons pas, nous ne faisons que préciser pour l'édification des postulants.

2° Le premier paragraphe de l'article 22 avait été arraché par nous bien péniblement à M. L. Marie qui en voyait tous les dangers. « Vous allez, disait-il, provoquer des spéculations dangereuses : vous déviez de votre but. » Messieurs, l'expérience nous a prouvé que M. Marie avait raison contre notre sentimentalité, et en nous autorisant à différer l'application de ce paragraphe, vous nous avez épargné des mécomptes graves. Aussi n'hésitons-nous pas à vous dire aujourd'hui qu'il faut impitoyablement supprimer cet article. Il le faut d'autant plus nécessairement que des Caisses locales de maladie se sont créées en divers points, et que, si l'on n'y prend pas garde, à la faveur de la participation à plusieurs Caisses, il deviendrait possible de s'assurer une prime à l'inaction qui leur porterait préjudice à toutes, y compris la nôtre. — Vous avez voulu aider, mais non offrir des rentes ; restons sur notre terrain, et supprimons ce qui nous en ferait sortir. — L'article 22 serait réduit désormais à ces seuls mots : « *Il est toujours possible, dans chaque combinaison, de ne souscrire que demi-prime pour s'assurer 1/2 indemnité.* »

3° L'article 23, dans ces conditions, devient sans objet. Son 2e paragraphe lui-même n'a jamais reçu d'application en sept ans. Nous ne voyons pas l'utilité de les conserver, car si un sociétaire désirait user du droit d'anticipation prévu, par ce deuxième paragraphe, il n'y serait pas mis obstacle.

4° Le troisième paragraphe de l'article 29 qui vise la rechute d'une même maladie dans un délai de moins de six mois a besoin d'une retouche. Le contrôle exercé sur des cas de ce genre a démontré qu'il fallait dire un an pour se mettre à l'abri de l'abus. Nous vous proposons, Messieurs, cette modification, avec la certitude de répondre à un desideratum qui trouva de l'écho à l'assemblée générale de 1896, et qui a sa raison d'être bien démontrée pour votre Conseil.

5° Les articles 32, 33, 34, 35, sont ceux qui nous donnent les moyens d'assurer le contrôle nécessaire à la sincérité des déclarations et à la bonne gestion de la Société. Nous vous demandons le maintien de l'article 32 et de ses sanctions, mais avec suppression du dernier paragraphe qui affectait les amendes à la Caisse auxiliaire. Celle-ci, après expérience, paraît d'une utilité douteuse, et le Conseil préférerait que, sans vous lier par un texte, vous fixiez en Assemblée générale, ou lui laissiez la latitude de fixer l'emploi des ressources diverses, amendes, dons, indemnités non touchées, etc..., qui peuvent trouver, à l'occasion, des utilisations précieuses en propagande, publicité, dépenses imprévues, etc. L'adoption de cette idée entraînerait la suppression de l'article 48, qui est resté appliqué jusqu'ici.

Il nous a été impossible, Messieurs, au cours de cette période d'essai, qui se termine de donner leur plein développement aux mesures d'organisation générale, de contrôle permanent, de délégation possible de nos pouvoirs, qu'avaient prévues les articles que je viens de citer. Nous y avons réussi pour une vingtaine de départements grâce à des bonnes volontés isolées, dont il faudra toujours garder le souvenir, en vous rappelant les noms des sociétaires dévoués que je signalais aux précédentes assemblées générales. Nous comptons bien désormais accélérer le mouvement, de ce côté, en utilisant les ressources que nous donnent les adhésions nouvelles. Mais il ne vous échappera pas que si, suivant les espérances nées à la dernière Assemblée de l'Association générale, le patronage de celle-ci et des Sociétés locales nous était officiellement acquis, à côté de celui des Syndicats, notre tâche de propagande, d'organisation du contrôle, etc., serait singulièrement facilitée. Nous ne négligerons donc rien, dans les devoirs de ce genre, qui incombent à notre responsabilité, et nous prêterons l'oreille à toutes négociations qui faciliteraient le développement de la Société, et la certitude de son bon fonctionnement. Mais, quoi qu'il arrive en cette matière, nous nous proposons de revenir, en ce qui concerne le libellé : 1° du certificat médical d'ad-

missibilité ; 2° des bulletins adressés en cours de traitement, à des formules un peu plus précises que celles usitées en ces derniers temps, et assez voisines des questionnaires qui eurent cours la première année. Il ne faut plus qu'on puisse dire avoir oublié, de bonne foi, de déclarer tel ou tel incident de son passe pathologique, quand il constitue un gros risque. — Nous exigerons aussi que la feuille où sont mentionnées ces déclarations porte le visa de l'examinateur après lui avoir été soumise en temps opportun. — Nous soumettrons enfin nos malades à la visite imprévue de tel ou tel de nos correspondants, ainsi que le veut l'article 35, et nous appliquerons, en dehors de toute sentimentalité, les sanctions que vous avez votées pour ces mille négligences qui nuisent à la régularité de nos opérations et entraînent même des frais non prévus par nos budgets.

J'ai hâte, Messieurs, de cesser le langage sévère de l'administrateur rigoureux, pour parler en confrère.

En fêtant aujourd'hui l'issue favorable de notre période de préparation, de tâtonnements, vous désirez certainement que je reporte l'honneur d'une grande partie de notre succès sur le dévouement de ceux qui se firent nos devoués collaborateurs et sur les trop rares organes de la presse médicale qui ont encouragé nos efforts. Nous n'aurions garde de manquer à cet agréable devoir. Que tous ceux qui nous ont voulu du bien soient remerciés ici publiquement ; que tous ceux qui ont prôné l'Amicale dans leurs journaux, dans les Sociétés, dans les banquets, dans les réunions solennelles de nos Congrès soient sincèrement félicités. Mais laissez-nous adresser notre dernier mot, hommage de cordiale et confraternelle sympathie à ceux qui souffrent loin de nous, et à celui-là particulièrement qui, après des années de préparation scrupuleuse, mit debout et fit prospérer la grande bienfaitrice qui nous console aux mauvais jours de la maladie, et qu'il voulut baptiser *l'Amicale*. (*Salve d'applaudissements.*)

Modifications aux statuts.

M. le Président. — Messieurs, nous devons tous travailler à simplifier le travail et à diminuer les frais de bureau de notre trésorier. Pour cela il faudrait que tout sociétaire qui a une fois demandé le recouvrement par la poste, s'y soumette définitivement une fois pour toutes.

M. Gassot, trésorier. — Je ferai remarquer que la cotisation échoit les 1er janvier et juillet et non les 31 de ces mois.

M. Jeanne. — Adoptons comme mesure générale le recouvrement postal pour tout le monde, sauf pour ceux qui paieront d'avance, c'est-à-dire avant le 1er du mois.

M. le Président. — Je vous propose que tout confrère qui n'aura pas envoyé sa cotisation le 10 du mois d'échéance, soit d'office soumis au recouvrement par la poste.

M. Gassot, trésorier. — Les frais de recouvrement postal sont les suivants : 1 fr. 25 jusqu'à 60 fr. ; 1 fr. 50 de 60 à 100 fr. et 2 fr. au-dessus de 100 fr.

M. Delefosse. — Quand un confrère se trouve ne pas pouvoir payer le 10 du mois d'échéance, ne pourrait-on pas le faire reporter à une date ultérieure avec intérêt à 5 % ?

M. le Président. — Cela me paraît difficile à appliquer, puisque les statuts ont prévu la suspension en cas de retard dans le paiement des primes.

M. Gassot.— Il me paraît plus pratique d'adopter le recouvrement postal et les frais d'office pour tous ceux qui n'auront pas versé leur cotisation le 10.

M. le Président — Je mets aux voix la proposition suivante de M. le Trésorier dont je donne lecture :

Le Trésorier fait recouvrer par la poste, sans autre avertissement, les cotisations qui ne lui sont pas parvenues le 10 janvier ou le 10 juillet. Dans ce cas les quittances sont majorées pour frais de recouvrement, de 1 fr. 25 jusqu'à 60 fr., de 1 fr. 50 de 60 à 100 francs et de 2 francs au delà de ce chiffre.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité et mention en sera faite à l'article 17.

M. Delobel. — Pourquoi ne pas publier au Journal les noms des membres suspendus ?

M. le Président. — Nous publions les nos de ces membres et la suspension se fait à partir du 31 du mois d'échéance.

Messieurs, je vous propose une modification au paragraphe 2 de l'article 20. A 70 ans, on peut avoir une tendance à profiter de la caisse pour la moindre indisposition ou même sous le simple prétexte du grand âge. Pour éviter des abus et des surprises, je propose d'ajouter les mots suivants : « dans les conditions fixées par l'article 30, § 2. »

M. Lande. — Dans toutes les Sociétés mutuelles, il est permis aux malades de sortir pendant la convalescence. Si vous adoptez la modification proposée, vous allez effrayer les adhérents, car sans être impotent, on peut ne pas pouvoir exercer, mais cependant pouvoir sortir.

M. le Président. — Actuellement ceux de nos membres qui reçoivent l'indemnité mensuelle peuvent sortir de chez eux. Ce que nous voulons, c'est nous garantir contre des confrères vieux, n'exerçant plus, mais qui n'exercent plus simplement par le fait de leur vieillesse, et non à cause de maladie. On n'est malade dans ce cas que, quand on est obligé de garder la chambre, ce qui n'interdit pas au malade de prendre l'air pendant la convalescence de sa maladie. Mais, nous ne voulons pas devenir caisse de pensions.

M. Lande. — C'est une affaire de contrôle. Mais ne mettez pas hors la loi commune ceux qui n'exercent plus.

M. le Président. — L'incapacité de travail n'existe d'après les statuts que par l'obligation de garder la chambre ou le lit. Nous voulons affirmer à nouveau cette obligation pour ne tromper personne ; nous ne pouvons pas payer 10 fr. par jour le fait d'être vieux. Sinon la combinaison B ne pourra plus marcher sans augmentation des primes : c'est l'avis de l'actuaire.

M. Chamoin. — Je voudrais qu'on inscrivît dans les statuts que le médecin inspecteur apporte dans la pratique et selon les cas un tempérament à l'article 20.

M. Gassot. — On est déjà trop coulant. C'est au Bureau d'apporter du tempérament dans l'application des articles des statuts : il le fait toujours d'ailleurs.

M. Chamoin. — Quand j'ai dit l'inspecteur, j'ai voulu parler des membres du Bureau qui sont chargés d'apprécier chaque cas particulier.

M. le Président. — C'est ce que nous faisons à chaque séance. Je propose l'addition suivante à l'article 20 : « Dans les conditions fixées par l'article 30, paragraphe 2, et sous le contrôle bienveillant de l'administration. »

Cette addition est votée à l'unanimité.

M. le Président. — Nous vous proposons maintenant la suppression pure et simple du 1er paragraphe de l'article 22, et de l'article 23.

(*Adopté à l'unanimité.*)

M. le Président. — Au sujet de l'article 29, nous vous proposons de porter le délai de 6 mois à un an.

M. Chamoin. — Que paiera-t-on en cas de rechute dans un délai de moins de un an ?

M. le Président. — 100 fr. par mois.

M. Hervouët. — Un malade ayant déjà touché 600 fr. retombe malade 10 mois après. Il me semble juste de lui donner 10 fr. par jour ces deux derniers mois, puisque le total de la somme versée ne dépasserait pas 1.200 fr.

M. Jeanne. — Aujourd'hui nous commençons à avoir de l'expérience. Nous avons vu certains malades chroniques reprendre leur travail, attendre le délai de 6 mois, et s'arrêter à nouveau pour retoucher 10 fr. par jour. Quelques confrères ont abusé de cet état de choses.

M. Faraggi. — Il n'y a qu'à limiter le cas aux maladies aiguës.

M. le Président. — C'est entendu. Nous ne parlons que des rechutes : nous voulons éviter l'exploitation. Je mets aux voix la modification ci-dessus désignée du paragraphe 3 de l'article 29 : « En cas de rechute d'une même maladie dans un délai de moins de un an... »

Adopté.

M. Gassot, trésorier. — Au sujet de la caisse auxiliaire, je demande qu'on la laisse à la disposition du Conseil pour venir en aide aux confrères victimes des rigueurs du règlement.

M. Maurat. — Elle est si peu importante qu'on peut la conserver. (*Adopté.*)

Renouvellement du Bureau.

M. le Président. — Messieurs, nous allons procéder au renouvellement du Bureau.

Nous vous proposons la liste suivante :

M. le Dr A. Cézilly : président d'honneur ;
M. le Dr Maurat : président ;
M. le Dr H. Cézilly : vice-président ;
M. le Dr Gassot : trésorier ;
M. le Dr Jeanne : secrétaire général ;
M. le Dr Mignon : secrétaire des séances, en remplacement de M. le Dr Paul Archambaud, qui demande à résigner ses fonctions.

Sur la demande d'un assistant, le vote a lieu par acclamation, et à l'unanimité la liste présentée est élue.

M. le Président. — Je serai certainement l'interprète de mes collègues du Bureau en vous remerciant du nouveau témoignage de confiance que vous venez de nous accorder.

Nous vous prions aussi de vouloir bien nommer un contrôleur à la place de M. Rigabert qui a tenu ce rôle pendant deux ans, et que la tradition condamne à être remplacé.

On nous propose M. le Dr Lambry, de Courtenay, qui accepte. *M. le Dr Lambry est élu contrôleur pour deux ans.*

Affaires litigieuses.

M. le Président. — Nous vous demandons, Messieurs, de vouloir bien trancher définitivement quelques désaccords survenus entre des sociétaires d'une part, et votre Bureau d'autre part, qui a fait application rigoureuse des Statuts.

La parole est à M. le Secrétaire général pour vous soumettre ces litiges.

M. le Dr Jeanne. — Messieurs, nous sommes restés sans nouvelles, depuis le 27 juin jusqu'au 15 octobre, du sociétaire no 362. Il s'était déplacé, sans reprendre ses occupations. Il dit que son examinateur nous a tenus au courant : le fait est que nous n'avons rien reçu. J'ajoute que nous n'avons pu rien réclamer, ignorant le domicile. Quand le Conseil a eu à voter l'indemnité pour le 3e trimestre, il était sans renseignements, et fut conduit à décider (art. 32) que le jour où les relations normales seraient rétablies le sociétaire subirait la sanction prévue (amende de 2 fr. par jour à retenir sur son indemnité). Notre sociétaire a protesté : nous ne doutons pas de sa bonne foi un seul instant. La force des choses met en cause son examinateur ; nous avons prié ce dernier de nous éclairer, afin que, si vous le jugez convenable, vous réformiez la sentence que nous étions obligés de rendre.

M. le Dr Chamoin. — Il est certain que le sociétaire s'est soumis régulièrement à ma visite : j'ai aussi la certitude d'avoir remis à mon domestique les rapports que j'adressais à M. le Secrétaire général.

M. le Dr Jeanne. — Nous dépouillons et classons ensemble, M. le Dr Mignon et moi, ce que la poste nous apporte pour l'Amicale.

Nous n'avons pas reçu ces rapports. — On ne peut cependant pas mettre en suspicion l'affirmation de M. le Dr Chamoin, et il serait peut-être juste de faire bénéficier du doute le sociétaire intéressé.

M. le Président. — Il me semble bien, en effet, que le doute doit profiter à M. B. — Si vous êtes de cet avis, Messieurs, nous restituerons l'amende retenue.

(*Adopté.*)

M. le Dr Jeanne. — Il y a quelques mois, le sociétaire 184 fut atteint de lésion d'un œil. Un certificat de l'oculiste appelé à lui donner ses soins nous apprit alors, que le cas était d'autant plus sérieux que l'autre œil avait perdu dans l'enfance une grande partie de sa puissance visuelle à la suite d'une ophthalmie purulente. L'inspection du dossier d'admission nous fit constater qu'on avait négligé de nous indiquer ce risque. Quoique n'ayant aucun doute sur la bonne foi de l'examinateur et de l'examiné, nous étions mis ainsi en présence du cas prévu par l'art. 14. Nous avons décidé de ne pas verser l'indemnité et de vous présenter la démission du confrère.

Mais écoutez avec bienveillance la protestation du blessé et de l'oculiste. Elle se résume en ceci : « Que l'autre œil fût sain ou malade, la lésion accidentelle n'en mettait pas moins le sociétaire dans l'impossibilité de travailler. La bonne foi n'étant pas en question, l'application rigoureuse des statuts serait peu confraternelle. »

Messieurs, à vous de juger.

M. le Dr Lande. — Il va sans dire que le Conseil a toujours raison d'appliquer les statuts, mais il me semble bien que, dans l'espèce, il nous adresse un recours en grâce. Je propose que l'indemnité soit versée au confrère pour les 51 jours qui se terminent à la lettre datée du 13 juillet, et que sa démission soit acceptée à cette

date, car nous ne pouvons endosser les risques de l'avenir.

M. le Président. — Adoptez-vous, Messieurs, cette proposition ?

(*Adopté.*)

M. le Dr Jeanne. — Le sociétaire 569 a omis de déclarer sur son dossier d'admission, un antécédent, dont il nous a fait part ces jours derniers en nous informant des scrupules qui lui sont venus à ce sujet. Votre Bureau est d'avis qu'il y a lieu de maintenir l'admission, mais il tient la lettre à la disposition de ceux qui désireraient faire de sa décision un examen plus approfondi, dans les conditions de secret professionnel qui s'imposent. Il est d'ailleurs couvert dans son appréciation favorable, par l'avis d'un Maître aussi autorisé que consciencieux.

M. le Président. — Adoptez-vous, Messieurs, l'avis du Bureau ?

(*Adopté.*)

M. le Dr Jeanne. — Nous recevions, le 11 mars, l'avis en règle que le sociétaire n° 348 était arrêté par une entorse tibio tarsienne. Aucune nouvelle depuis jusqu'à ces jours derniers. Le confrère n'a rien dit en voyant les réunions du Conseil du 2e et du 3e trimestre se passer sans qu'il soit question de son indemnité.

Nous avons pensé, comme cela arrive journellement, qu'il n'avait pas été arrêté plus de 4 jours et c'est pourquoi nous n'y songions plus. Mais voilà qu'une lettre d'avant-hier nous apprend qu'il a été arrêté un mois, qu'il est allé passer ce mois dans sa famille (sans avertir, art. 12), et qu'il réclame indemnité ou enquête. M. le Dr T... qui est ici, pourrait-il apporter un élément nouveau à la défense de notre confrère ?

M. le Dr T.... — Je crois à la parfaite sincérité des déclarations tardives du sociétaire, sans même qu'il soit besoin d'une enquête. Il dit vrai. Mais je ne saurais expliquer pourquoi il ne s'est pas mis en règle ; je ne sais rien sur ce point.

M. le Président. — Il est incontestable que notre confrère ne s'est conformé ni à l'article 12, ni à l'article 32 des statuts, et que nulle excuse valable n'est invoquée pour atténuer sa faute. Je demande l'application des règlements qui seuls nous permettent d'administrer sagement. Nous ne pouvons être à la merci de tant de négligence et rester menacés de réclamations rétrospectives qui ne s'appuient sur aucune pièce. (*Très bien.*)

Je consulte l'Assemblée sur l'adoption ou le rejet de la réclamation.

(*L'Assemblée décide de ne pas accueillir la réclamation.*)

M. le Président. — Nous n'avons reçu aucune proposition à soumettre à votre vote, et il nous plaît d'en conclure que l'Œuvre marche au gré de tous ses adhérents. Il ne nous reste donc qu'à nous consacrer tous à une active propagande ; ce qui est bon pour nous doit être bon pour nos confrères. (*Applaudissements.*)

Messieurs, la séance est levée.

Le Secrétaire des Séances,

Dr Mignon.

LA SEMAINE MEDICALE

Luxations scapulo-humérales.

D'une récente étude du traitement des luxations scapulo-humérales compliquées, M. *Le Nouène*, interne des hôpitaux de Rouen, conclut en ces termes :

Si la luxation est récente, le mieux est d'employer les procédés de douceur : manœuvres de Kocher pour les luxations intra et sous-coracoïdiennes ; tractions en bas et en dehors pour les autres variétés. Quand la luxation résiste à ces tentatives par manœuvres externes : il faut pratiquer le plus tôt possible l'arthrotomie pour réduire à découvert. La résection de la têtehumérale sera réservée pour les luxations anciennes irréductibles.

Les luxations peuvent, en effet, s'accompagner de fractures.

Ces cas complexes ne sont justiciables que d'une intervention sanglante. L'arthrotomie, malgré les bénéfices énormes qu'elle a retirés de l'asepsie, est restée une opération exceptionnelle dans la luxation de l'épaule irréductible. Les chirurgiens hésitent encore à ouvrir l'articulation, et tandis que la plupart soumettent les blessés aux tractions violentes à l'aide de moufles ou de l'appareil de Hennequin, ceux qui se déterminent aux interventions, choisissent des sections sous-cutanées ou entreprennent de propos délibéré la résection de la tête humérale. Mais les opérateurs sont unanimes à reconnaître pour cause de l'irréductibilité, la rétraction de la capsule ou tout au moins de sa partie postérieure. Cette complication ne se produirait pas, si les malades étaient opérés plus tôt.

Le chancre simple.

MM. les Drs *Hallopeau* et *Leredde* emploient le traitement suivant contre le chancre simple :

S'il existe du phimosis, il convient de faire pratiquer par le malade des injections entre le prépuce et le gland, répétées plusieurs fois par jour et surtout lorsque le malade a uriné. On emploiera des solutions antiseptiques faibles : sublimé à 1 p.1000. Souvent les solutions hydro-alcooliques au tiers sont préférables ; on formulera, par exemple :

Alcool à 60°	66	grammes.
Eau	30	»
Acide borique	3	»

Mais il ne faut pas se dissimuler que ces topiques, utiles pour enlever le pus et combattre la balanite concomittante, n'ont aucune action spécifique sur l'agent infectieux ; les lavages doivent donc être immédiatement suivis d'une injection d'huile de vaseline saturée d'iodoforme.

Le malade pourra faire lui-même des injections de nitrate d'argent à 4 p. 100, une fois par jour.

Les chancres abordables seront nettoyés, débarrassés des croûtes et du pus, au moyen d'eau bicarbonatée tiède et de coton hydrophile, puis on pourra cautériser la surface, au moyen de la solution suivante :

Alcool à 60° .... 10 grammes.
Acide phénique .... 1 gr. (Du Castel)

ou du chlorure de zinc à 1/10 (Berdol), tous les deux jours.

Le pansement est fait au moyen d'une poudre. L'iodoforme est, de l'avis universel, le meilleur antiseptique ; on peut également employer le salicylate de bismuth, le dermatol.

Les chancres de l'anus, sont traités par des attouchements, de la même manière ; on applique ensuite des mèches imprégnées de vaseline iodoformée. Après la défécation, on lave à l'eau boratée et on applique à nouveau la pommade. Les bains locaux (bains de siège) quotidiens ou biquotidiens rendent de grands services.

On a proposé divers moyens pour détruire le chancre. La destruction doit être complète, sinon des réinoculations se produisent, et un chancre simple, plus étendu que le chancre actuel, reparaît.

La pâte de Balzer a pour formule :

Chlorure de zinc. 1 gramme.
Oxyde de zinc.... 10 grammes.
Eau distillée..... Q. S. pour faire une pâte.
On laisse 24 heures en place.

Les cautérisations par le Paquelin doivent être réservées au cas de phagédénisme, ou à certains chancres rebelles. Lorsque le chancre s'étend sur le type phagédénique, il convient d'endormir le malade, de cautériser le fond, et profondément les bords avec le thermo-cautère. On fait ensuite des pansements humides (phéniqués 1 p. 100) et au bout de quelques jours, on applique de l'iodoforme. L'un des auteurs (Hallopeau), a montré que l'on peut éviter d'en venir à cette cure radicale en traitant l'ulcération par l'application de la solution au tiers de tartrate ferrico-potassique ; pendant les premiers jours, les parties malades sont arrosées toutes les heures, sauf, pendant le sommeil, avec cette solution ; on les recouvre de compresses de tarlatane imprégnées du même liquide. Ces applications ont l'inconvénient d'être douloureuses pendant les deux ou trois premiers jours ; il suffit, pour l'éviter, de faire tomber préalablement sur l'ulcération quelques gouttes d'alcool ; elles produisent, après une douleur très passagère, une anesthésie locale qui supprime complètement la douleur provoquée par le tartrate. Au bout de peu de jours, l'irrigation continue par cette solution, ne produit plus aucune sensation pénible ; l'ulcération perd son caractère phagédénique, et bientôt, elle se couvre de bourgeons charnus qui se cicatrisent. (*Journ. des Praticiens.*)

Lorsque les ganglions inguinaux se tuméfient, on les traite par des applications répétées de teinture d'iode et la compression ouatée.

On peut essayer aussi des injections de benzoate de mercure à 1 pour 100.

Dès qu'il y a fluctuation, il convient d'ouvrir après stypage. On applique ensuite un pansement phéniqué ou iodoformé.

Epithéliomas cutanés

D'après une étude de M. le Dr *Gaucher*, dans le *Journ. de médecine interne*, il faut distinguer trois formes de cancroïde : une forme superficielle, l'épithélioma superficiel ulcéreux, constitué par une ulcération sans tumeur, une ulcération qui ne repose pas sur une saillie ; une deuxième forme, superficielle également, est l'hépithélioma papillaire où existe une élevure papillaire sur laquelle se trouve l'ulcération ; une troisième forme, profonde, elle, est l'épithélioma profond, le cancer de la peau qui est primitivement une tumeur, se développant dans la profondeur de la peau.

La première forme, l'*ulcus rodens*, siège le plus souvent à la face où elle occupe de préférence l'angle interne de l'œil, quelquefois le nez ou encore le front : il est rare qu'on la rencontre ailleurs.

Le siège de l'épithélioma papillaire, seconde forme, est surtout le nez ; on le voit aussi sur les lèvres, mais alors sa forme est moins active.

L'épithélioma profond, troisième forme, est très rare ; il débute par la profondeur de la peau ; son évolution est plus rapide que celle des deux autres formes.

L'étiologie, de l'épithélioma cutané, est obscure ; la cause efficiente est encore à trouver ; les causes occasionnelles sont l'irritation, de quelque nature qu'elle soit.

Pratiquement, il ne peut y avoir de confusion qu'avec le lupus et la syphilis ; le pronostic est grave.

Contre l'épithélioma profond, en tumeur, la seule ressource est l'ablation totale chirurgicale, mais il récidive. Contre les formes superficielles, on emploiera les chlorates soit de potasse, soit de magnésie ; mais, le chlorate de potasse est d'une application extrêmement douloureuse.

Pour détruire le néoplasme, trois moyens s'imposent : cautérisation ignée, cautérisation chimique, râclage. M. Gaucher pratique la cautérisation à l'aide du galvano ou du thermo-cautère.

On attaque le mal à la périphérie par des cautérisations juxtaposées, puis on applique la pommade chloratée.

Si les végétations progressent vite, les caustiques chimiques sont préférables : citons la pâte de Vienne, qui se compose de 60 de chaux vive, 50 de potasse caustique à la chaux, et d'alcool à 90°. Il y a encore deux autres caustiques principaux : les caustiques à base d'arsenic et le chlorure de zinc. Le caustique de Manec contient 2 grammes d'acide arsénieux, 6 grammes de sulfure de mercure, 12 d'éponge calcinée, la pâte de Canquoin se compose de chlorure de zinc, de farine de froment et d'eau.

M. Gaucher déconseille formellement l'emploi du râclage.

CHIRURGIE PRATIQUE

Le traitement de la gibbosité pottique au Congrès international de 1900.

Ce fut une séance de *réaction* que la séance du 4 août de la section de chirurgie infantile, dans laquelle fut discuté le traitement de la gibbosité du mal de Pott : réaction contre les procédés de violence, contre le redressement brusque, contre les tentatives de dislocation du rachis.

Deux méthodes se sont trouvées en présence : la méthode de l'immobilisation sur gouttière ;

la méthode d'immobilisation dans le plâtre. La première peut être appelée méthode française, ayant eu pour père Bonnet; la seconde peut être appelée méthode américaine, ayant eu pour apôtre, Sayre, de New-York. Les représentants officiels de l'orthopédie française, les professeurs, se sont déclarés les partisans convaincus de la méthode française ; la méthode américaine a eu plutôt pour adeptes les orthopédistes indépendants, chefs de services privés.

Kirmisson n'admet qu'une manière de traiter le mal de Pott : le décubitus horizontal. Il veut que le malade fasse toute sa maladie couché, mais couché de façon que la partie supérieure du corps soit immobilisée de force comme la partie inférieure. Il fait la critique de la gouttière de Bonnet qui n'immobilise que la moitié sous-axillaire du corps ; il propose de la compléter par des épaulières croisées au devant du thorax qui empêchent le patient de soulever la tête ou de se mettre de côté. Kirmisson ne parle pas de redressement.

Phocas, au contraire, en parle, mais pour le combattre en règle. Il l'a pratiqué une douzaine de fois. Dans tous les cas, il a constaté, après un laps de temps plns ou moins long, 2 à 3 ans, la reproduction de la bosse sous l'appareil, plus forte chez quelques-uns, stationnaire chez la plupart.

Presque tous ses malades ont eu des eschares ; chez tous, la santé générale a été plus ou moins ébranlée ; et quelques-uns ont eu des accidents tardifs, la méningite dans deux cas. Il est revenu à la méthode de l'immobilisation sur gouttière. Il reconnaît cependant que le corset de plâtre peut rendre des services dans la classe pauvre ; et que la méthode de Sayre, dont se rapproche singulièrement la nouvelle manière de Calot, ne doit pas être systématiquement rejetée.

Broca, par la bouche de son élève Manchet (de Sens), donne aussi la statistique de ses « redressés ». Il a constaté que si le redressement n'offrait pas de danger immédiat, il n'en était pas de même des accidents éloignés : que presque tous ses malades avaient des eschares, qu'ils se portaient moins bien après l'opération et qu'enfin, chose capitale, la bosse se reproduisait toujours.

Il ne croit pas à la consolidation du rachis postérieur par le tassement et l'imbrication des lames, phénomène que ses yeux n'ont pas pu voir dans les radiographies qu'il a prises. Il ne reconnaît à la tentative de Calot qu'un mérite : celui de l'anesthésie générale en suspension verticale, grâce à laquelle on peut obtenir la disparition de quelques paralysies et la réduction spontanée de certaines gibbosités récentes, dans lesquelles la contracture musculaire joue le principal rôle. Pour assurer la contention, le grand appareil plâtré est nécessaire.

Piéchaud ne veut entendre parler ni de redressement, ni d'appareil plâtré, ni d'appareil d'aucune sorte. Le décubitus suffit à tout.

En tenant l'enfant couché, on obtient la décomposition des surfaces malades, on prévient autant qu'il est possible l'aggravation de la bosse ; on favorise la résorption des abcès froids, mieux que par toute autre méthode. L'hygiène doit être la seule considération dont doive s'inspirer un médecin consciencieux dans cette désolante maladie, puisqu'on est unanime à reconnaître que les pottiques ne peuvent cicatriser leurs lésions qu'à la condition de jouir d'une bonne santé générale.

C'est au nom de l'hygiène que ce chirurgien condamne toutes les formes de garottement d'un bossu. Quant aux mouvements qu'il peut faire et qui pourraient nuire à sa consolidation, qu'on n'en ait cure ! Est-ce que les partisans les plus convaincus de la nécessité d'immobiliser, ne les permettent pas à leurs malades dans les menus actes de la vie quotidienne ? quand on les change de linge en gouttière ? quand on les laisse marcher, se lever, se rouler, dans le plâtre ? Ce n'est pas par là que s'aggravera la bosse ; elle s'aggravera si la santé périclite, faute d'hygiène ; et tous les appareils proposés sont autant de fautes contre l'hygiène, Piéchaud met ses malades sur une simple claie d'osier.

Le « Redressement » a eu quelques défenseurs. Redard s'en trouve bien, mais seulement dans les cas récents, ceux qui se réduisent par la seule suspension de Sayre, ou à peu près.

Chipault parle dans le même sens, avec cette variante qu'il suspend ses malades tête en bas au lieu de tête en haut. Il qualifie de géniale cette idée de Levassort.

Nous n'y voyons, nous, qu'un inconvénient : celui de gêner considérablement l'application de l'appareil.

Il réclame encore une fois la paternité du redressement, mais réduit aux cas récents : en somme la méthode de Sayre. C'est aussi la méthode de Sayre qu'applique Ducroquet, avec cette différence qu'au lieu du corset de plâtre, il fait porter à ses malades aisés un corset de celluloïd, amovo-inamovible. Bien placé pour apprécier le redressement, puisqu'il l'a vu naître et mourir, Ducroquet a proclamé la banqueroute de la méthode de Calot.

Appelé à son tour à prendre la parole, Calot a dépassé tous les orateurs en conseils de prudence, de douceur, d'opportunité, d'opportunisme, devrions-nous dire. Il n'a plus été question de briser les rachis, d'atteler huit aides aux extrémités du patient, de « presser sur la base jusqu'à l'extrême limite des forces » ; de rendre en 5 à 6 mois leur souplesse normale à des rachis malades depuis des années. Rendu plus circonspect sans doute par l'expérience acquise, Calot propose de plâtrer les pottiques en trois temps successifs.

La première fois, les pieds posés à terre, la deuxième fois, sur la pointe des pieds, la troisième fois, les pieds ne touchant plus le sol. Qu'est-ce que cela ? Sinon, avec un temps inutile, le premier, la méthode de Sayre.

En effet, dans les leçons sur la chirurgie orthopédique de cet auteur, sur le mal de Pott, je lis : « Après avoir soigneusement ajusté le collier et les bracelets axillaires, on soulève doucement le patient jusqu'à ce que ses pieds se balancent au ras du sol. » Et plus loin : « Le malade est soulevé lentement et progressivement, jusqu'à ce qu'il se sente à l'aise, mais *pas au delà* ; on le maintient ensuite dans cette position et on applique le bandage plâtré.

Et pour la théorie de l'appareil : « Il faut que l'appareil *redresse* et *étende* le rachis, de manière à faire porter le poids du corps non sur les corps

vertébraux, mais sur lès apophyses tranverses. »

Comme résultats, Calot a montré des photographies de vieux pottiques très difformes en disant : voilà où menaient les anciennes méthodes ; et puis, en regard des photographies de ses plâtrés, en disant : voilà ce qu'on obtient avec ma méthode. Plus que tout autre, Calot devrait savoir que la photographie d'un plâtré ne démontre rien ; car avec un paquet d'ouate bien disposé, on peut transformer le dos le plus difforme en dos de policeman. Dans la rue de la Paix, il s'opère tous les jours de pareils chefs-d'œuvre. Ce qu'il aurait fallu montrer, ce sont les sept malades, ou d'autres, qui se mouvaient en 1896, devant l'Académie, avec une souplesse normale du rachis, après 6 mois de traitement. La chose eût été difficile, il est vrai, car, d'après mon enquête personnelle, ils sont morts, ou bossus, ou encore plâtrés. A part un, dont je n'ai pas pu retrouver sa trace, je n'en connais aucun de guéri. Et cela, après 5 ans de traitement !



Enfant de 7 ans. — Mal de Pott dorsal moyen. 6 vertèbres.

Donc, ce qui constituait l'originalité de la méthode de Calot, le redressement brusque en un temps sous chloroforme, a vécu. Avec tous les autres orthopédistes, partisans du corset plâtré, Calot retourne sagement à la méthode de Sayre.

Quelles sont donc les raisons qui ont fait momentanément délaisser cette excellente méthode ?

Une des plus importantes, des plus ennuyeuses surtout, c'est l'eschare. L'enfant se blessait au joint culminant de sa bosse ; on pratiquait, à l'endroit, une ouverture au plâtré, à travers laquelle la bosse s'invaginait et grossissait, rendant illusoire par conséquent la contention. Une autre raison, conséquence de la première, c'est la substitution de l'ouate au jersey collant, recommandé par Sayre. Pour éviter l'eschare, certains auteurs qui ont rapidement fait école, ont imaginé d'interposer entre le plâtre et le corps une épaisse couche d'ouate avec l'espoir d'empêcher tout contact. Mais l'ouate s'est tassée, l'eschare s'est produite quand même ; et la coaptation ne se faisant plus, la bosse a grandi sous l'appareil.

La plus sérieuse des raisons, selon moi, la moins signalée d'ailleurs, c'est que l'appareil de Sayre est incomplet ; c'est que, s'arrêtant aux aisselles, il laisse peser sur le foyer pottique le poids de la tête et de la portion sus-jacente du rachis ; c'est qu'il laisse se produire, qu'il favorise même le remontement des épaules, plus disgracieux, à mon sens, que la gibbosité même, lequel dénonce de loin le bossu avant même qu'il n'ait été vu de dos.

Enfin l'appareil de Sayre n'est pas de mise pour les maux de Pott cervicaux ou dorsaux supérieurs. Par l'adaptation d'un mât de fortune, Sayre avait essayé de combler cette lacune : mais combien peu pratique et malséant devait être cet appareil additionnel !

C'était donc par l'appareil que péchait la méthode de Sayre. Il fallait le compléter, le pousser plus haut, jusqu'à la base du crâne, le transformer d'appareil thoracique ou appareil cervico-thoracique.

Dans une brochure écrite l'an dernier sur la scoliose et qu'on peut trouver chez Maloine, j'ai décrit la façon de faire ce col, que j'ai dénommé le *col d'officier*. Les bandes, après avoir pris les épaules, remontent, en se recouvrant des 2/3, le long du cou, pour s'arrêter à la ligne occipito-mentonnière, dont elles suivent les contours, formant une corolle évasée dans le haut, sur laquelle la tête est assise. Bien fait, le col d'officier ne gêne ni la mastication, ni la déglutition. Il permet des mouvements de rotation sur place, mais non des mouvements d'avant en arrière, ni ceux de latéralité. Je mets l'appareil cervico-thoracique à tous mes pottiques cervicaux ou dorsaux, de la première verticale à la douzième dorsale.

Pour les maux de Pott à siège lombaire ou sous-lombaire, le col d'officier est inutile, mais non les épaulières, indispensables dans tous les cas pour corriger ou prévenir le remontement des épaules.

J'évite *l'eschare* par les moyens suivants :

1° Par l'emploi du jersey collant sans ouate ;

2° En roulant mes bandes sans pression et sans plis ;

3° En pratiquant, quand les moyens préventifs sont insuffisants, ou que la peau, trop délicate, me paraît sujette à s'excorier, au niveau des points saillants, gibbosité, angle de l'omoplate, épines iliaques, thyroïde, autant de fenêtres qu'il est nécessaire ;

4° En glissant sous les angles de ces fenêtres des carrés d'ouate, poussés assez loin sous l'appareil, et retenu en place par une bande de tarlatane non apprêtée ;

5° J'évite la hernie de la bosse à travers la fenêtre qui lui correspond par le même moyen : en lui superposant des carrés d'ouate, serrés à force au moyen d'une bande. Ceci impose l'obligation d'y voir tous les deux jours, pour permettre la libre circulation du sang au niveau de la zone comprimée. Ce simple changement de pansement suffit à prévenir le sphacèle de la peau.

Depuis quelque temps, pour faciliter et l'hygiène de la peau et le jeu de la respiration, je pratique sur les deux côtés de l'appareil, sur la ligne axillaire, deux grandes ouvertures de 8 à 12 cent. de côté, à travers lesquelles, chaque matin, on peut introduire et promener sur tout le thorax, des baguettes portant un tamponnet d'ouate chargée d'eau alcoolisée.

Il en résulte, d'autre part, un allégement du

poids de l'appareil, et une plus grande aisance respiratoire.

Avec mon appareil cervico-thoracique, ainsi fenêtré, je n'ai jamais vu la bosse, réduite spontanément par la suspension *cervicale seule*, se reproduire ou s'aggraver sous l'appareil ; j'ai plus souvent l'agréable surprise de la voir diminuer, à chaque changement d'appareil ; j'ai rarement des eschares ; et quand j'en ai, c'est par manque de surveillance.

L'état général de mes malades est meilleur quand ils sont dans l'appareil. Et cela se comprend : ils sont libres d'aller et de venir, de courir, de jouer, de vivre en un mot, la vie de leur âge. Ils ne sont pas tristes, puisqu'ils peuvent s'amuser ; ils ne deviennent pas vicieux, dès l'instant qu'ils sont continuellement occupés par leurs jeux. Et bien que ceci ait l'air d'un paradoxe : ils respirent mieux, plâtrés que non plâtrés. Un plâtre bien fait, non serré, mais en coaptation parfaite, largement fenêtré au besoin, laisse aux poumons à peu près tout leur jeu. Il a un immense avantage : celui de supprimer toute douleur, la contraction musculaire qui en résulte, et partant la gêne respiratoire, conséquence immédiate de la douleur. On sait l'air minable des pottiques livrés à eux-mêmes et même de la plupart de ceux qui sont traités en gouttière : combien ils sont haletants, oppressés ; combien vite ils prennent la figure allongée des adénoïdiens, la figure de ceux qui respirent mal. Qu'on les compare à la mine rougeaude et réjouie de ceux qui sont traités chez nous par l'appareil cervico-thoracique ! Pour ma part, voyant journellement des uns et des autres. Je puis difficilement comprendre qu'on les traite autrement.

Je réserve le décubitus horizontal simple aux adultes et le decubitus horizontal sur le lit plâtré de Lorenz aux enfants de 2 à 3 ans, trop faibles pour porter le poids d'un appareil.

Très divisés sur la façon d'envisager le traitement du mal de Pott, et il y a des chances pour qu'ils le soient encore longtemps, parce que l'orthopédie est autant un art qu'une science, les chirurgiens orthopédistes du Congrès de 1900 n'ont été d'accord que sur un point : la condamnation unanime de toute tentative de redressement violent.

Dr Pierre,
Berck-sur-Mer.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La loi militaire et l'encombrement médical.

Par le Dr J. Thiénot (d'Abbeville)

Le travail du Dr Gouffier est excellent, il nous a bien fait connaître la question, mais voici un fait nouveau :

Le Ministre de la guerre, mis au courant de réclamations qui auraient été faites par M. Lachaud, député de la Corrèze, vient de donner des instructions pour changer la nature du service militaire des étudiants en médecine.

A partir de cette année, les étudiants en médecine ne recevront plus que pendant six semaines l'instruction militaire ; ils deviendront ensuite aides des médecins militaires, et cela dans des conditions d'autant plus douces qu'ils seront plus avancés dans leurs études.

Cela est très rationnel. A quoi peut bien servir l'école du soldat-fantassin, l'exercice, et le sac au dos, au futur médecin qui, en guerre, sera armé d'une épée et d'un revolver simplement pour se défendre contre les maraudeurs des champs de bataille.

On a fini par comprendre que, en temps de guerre, le service des médecins-majors serait absolument insuffisant pour le nombre considérable de blessés et de malades. Il est évident que l'on manquera absolument de bons infirmiers, d'hommes exercés à faire des pansements aseptiques, et que l'activité la plus grande régnera dans les services d'ambulances où les majors seront absolument débordés.

L'armée est-elle faite réellement pour faire la guerre, ou bien est-elle destinée à la parade et aux revues de Longchamps ?

Enfin, on y a mis le temps, et on finit par établir comme une réforme, ce qui aurait dû être la règle.

Pourquoi a-t-on hésité si longtemps à faire de l'étudiant en médecine un auxiliaire du médecin militaire ? C'est parce que l'on craignait d'offenser visiblement le principe de l'égalité.

Il n'est pas douteux que les jeunes gens feront leur service d'une manière bien plus agréable dans les infirmeries militaires que dans les chambrées. Leurs corvées ne seront pas plus désagréables et ils éviteront l'exercice et les marches forcées.

Il y a inégalité. L'étudiant en médecine est un favorisé, s'il échappe au régime commun.

Sous prétexte des intérêts supérieurs de la science, Berthelot est arrivé, malgré une très vive résistance du Sénat, à faire voter, à une très faible majorité, que l'étudiant en médecine ne ferait qu'un an.

Mais cette année, il devait la faire « sac au dos », comme tout le monde.

Aujourd'hui, on comprend que le fusil et le sac ne sont pas en rapport avec les aptitudes spéciales de l'étudiant en médecine, dont on a besoin pour assurer le service des ambulances.

Très bien ! Que l'étudiant en médecine soit un jeune médecin militaire ou un infirmier militaire selon son degré de science. On aura évité de laisser les aptitudes scientifiques du jeune homme se perdre par un long séjour dans la chambrée et un dur entraînement aux exercices physiques.

Maintenant M. Berthelot ne pourra pas dire que l'on nuit aux intérêts de la science, puisque le jeune savant sera évidemment en mesure de s'instruire et de travailler auprès des majors (qui aujourd'hui ne sont plus des ignorants ! on se plaît à le reconnaître).

Mais, de grâce, ne vous moquez pas trop du principe d'égalité. La part serait trop belle pour l'étudiant en médecine : les intérêts de ses études étant sauvegardés, il aurait encore l'avantage de faire son service dans des conditions bien meilleures, et de ne faire qu'un an au lieu de trois ans.

Car la loi ne le menace d'être repris sous les drapeaux qu'après 27 ans (et non plus 26 ans, âge fixé précédemment), et le Ministre de la guerre, en supprimant le « sac au dos », favorise encore la facilité pour l'étudiant de travailler et

de s'entretenir dans ses études, par conséquent d'être docteur en temps utile.

Dans ces conditions, permettez-moi d'affirmer que tous les jeunes gens riches, soucieux d'éviter les ennuis et la promiscuité de la chambrée et de l'exercice, vont se ruer dans la carrière médicale.

L'encombrement de notre profession déjà terrible, va redoubler.

Il y a lieu, de toute nécessité, d'exiger que l'étudiant en médecine fasse ses trois ans de service, du moment où il jouit déjà du privilège très agréable, mais rationnel, de faire son service dans l'exercice de sa profession, ce qui répond à ses aptitudes et à ses goûts.

L'exercice de la profession médicale exige une certaine maturité d'esprit. Le service de trois ans, dans les hôpitaux militaires, aura pour raison d'être : l'égalité devant la loi ; pour avantage : l'utilisation des aptitudes professionnels, et pour effet : de ne plus permettre à des jeunes gens de 24 ou 25 ans, d'exercer une profession qui exige savoir et expérience sous peine de nuire gravement au public.

Je propose d'ailleurs, pour éviter le favoritisme, en faveur des dispensés pour raison de santé ou toute autre raison, de ne pas permettre d'être nommé Docteur avant l'âge de vingt-huit ans.

De la sorte, les étudiants emploieront leur activité à s'instruire et non pas à se presser de passer des examens pour être reçus plus tôt et gagner plus tôt de l'argent. Qu'ils ne s'inquiètent pas de ne pouvoir s'établir plus tôt, en diminuant l'encombrement médical, nous leur préparons un avenir moins triste et moins décevant.

Ici, je rappelle cependant la proposition déjà faite par moi dans le *Concours médical* :

Les fils de médecins encore en exercice bénéficieront du droit de pouvoir être nommés docteurs dès l'âge de vingt-sept ans, gagnant ainsi une année. Cette faveur leur sera octroyée par ce que la Faculté de médecine, représentant désormais l'esprit de la corporation, jugera que les fils de médecins sont plus aptes que d'autres à bien remplir leurs devoirs professionnels, de par l'enseignement et les conseils qu'ils reçoivent tout naturellement de leurs pères, vieux praticiens qui ne peuvent que bien diriger les études de leur fils au point de vue pratique et déontologique.

Pour ce qui est de la limite d'âge minimum concernant le titre de Docteur, nous pourrons agir par pétition des syndicats médicaux au doyen de la Faculté.

Mais, le plus pressant, et le gros point, est que les mêmes syndicats réclament au Ministre de la guerre la faveur pour les étudiants en médecine de faire leur service dans les hôpitaux militaires, en renonçant désormais au privilège du service conditionnel de un an.

L'étudiant en médecine doit subir le régime commun de la loi de trois ans. Il y a plus, il veut le subir, il renonce au privilège qu'on lui a octroyé sans le consulter.

Je crois en effet que les étudiants actuels des facultés, pris dans leur ensemble, pétitionneraient en masse dans ce sens désintéressé, ce qui serait d'un très bel effet.

Je le crois d'autant plus qu'il suffit de réfléchir un instant, pour voir qu'ils comprendront l'inconvénient de l'encombrement médical, (pour peu qu'ils lisent le travail du Dr Gouffier) que leur pétition les honorera et protégera leur avenir, sans leur faire aucun tort, puisque nulle loi, ni décret n'a d'effet rétroactif et que la plupart ont fait leur année de service.

Faisons-les pétitionner et ajoutons les pétitions de nos syndicats, les interpellations de nos confrères députés, l'appui de nos confrères sénateurs.

Il faut passer des études, des constatations et des récriminations aux paroles définitives et aux actes publics.

Dr J. Thiénot (d'Abbeville).
Membre du Concours.

REPORTAGE MÉDICAL

Hôpital de la Charité. — Service d'accouchements de M. le Dr Maygrier. — MM. les Drs Bouchacourt et Thoyer Rozat ont commencé un cours d'accouchements le lundi 3 décembre, à 5 h. 1/2. Ce cours aura lieu tous les jours, à la même heure. Il sera complet en deux mois et sera suivi de manœuvres obstétricales.

Bibliographie. — Vient de paraître à la Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, à Paris : *Le Paludisme à Paris*, par le Dr Manuel Vincente. 2 vol. in-16, 4:0 pages, 96 gravures, 1 planche en couleurs. 10 fr.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4569. — M. le Docteur Mareuge, d'Issoire (Puy-de-Dôme), membre du Syndicat des médecins du Puy-de-Dôme.

N° 4570. — M. le docteur Bertonnier, de Blanzy-sur-Bourbince (Saône-et-Loire), membre de l'Association des médecins de Saône-et-Loire.

N° 4571. — M. le Docteur Béziat, de Poissy (Seine-et-Oise), membre du Syndicat des médecins de Pontoise.

N° 4572. — M. le Docteur Grasset, de Riom (Puy-de-Dôme), membre du Syndicat des médecins du Puy-de-Dôme.

N° 4573. — M. le docteur Chognon, de Saint-Jean-des-Ollières (Puy-de-Dôme), membre de l'Association et du Syndicat des médecins du Puy-de-Dôme.

N° 4574. — M. le docteur Cormier, de Villiers (Loir-et-Cher), membre de l'Association des médecins du Loir-et-Cher.

N° 4575. — M. le docteur Baradat, de Cannes (Alpes-Maritimes), membre du Sou médical et secrétaire général de l'Association des anciens médecins et pharmaciens de l'armée.

N° 4576. — M. le docteur Pédrono, de Lorient (Morbihan), présenté par M. le docteur Le Moaligou, de Quimperlé.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 50 15 DÉCEMBRE 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

IIIe ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DU « SOU MÉDICAL »

18 NOVEMBRE 1900

Présidence de M. le Dr MAURAT, *Vice-Président.*

La séance est ouverte à 3 heures et demie, au restaurant Marguery.

Sont présents au bureau : MM. les Drs Le Gendre, *Vice-Président*, Gassot, *Trésorier*, Jeanne, *secrétaire général*, De Grissac, H. Cézilly, Rousseau, Huguenin, Hervouet, Mignon, *Secrétaire des séances*, Me Gatineau, *Avocat conseil.*

M. le Dr Cézilly, président, retenu par la maladie, est excusé.

Assistent à la séance, la plupart des confrères qui étaient venus pour celle de l'Amicale, et bon nombre d'autres, qui ont rapidement garni tous les bancs de la salle. Leurs noms ont été publiés au procès-verbal de la séance du Concours, car l'intérêt apporté à nos travaux, leur a rendu facile la tâche de suivre plusieurs assemblées générales.

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Jeanne pour la lecture de son rapport.

Rapport du Secrétaire général.

Chers Confrères,

Le Sou médical compte aujourd'hui 500 membres. Dans le cours de sa première année (1898), ses interventions atteignirent le chiffre de 46 pour 300 sociétaires ; en 1899, nous vous en présentions 54 pour 400 membres ; cette année, jusqu'au 1er octobre, il y en a eu 92, et quelques-unes ont eu pour but de couvrir plusieurs confrères à la fois.

Nous arrivons donc à la proportion de 20 % entre *obligés* et *associés* !

Pour bon nombre de ces affaires, heureusement, tout se borne à une consultation donnée par le Conseil judiciaire, en collaboration avec le Bureau. Mais cette consultation a une toute autre valeur que celle qui serait demandée à votre homme de loi du voisinage, parce que, (ceci soit dit sans nous vanter), les auteurs sont devenus spécialistes. Et, d'autre part, quand votre cause touche à un point de jurisprudence dont l'intérêt général réclame l'amélioration, ne vous semble-t-il pas délectable de ne partir en guerre qu'avec la promesse d'être aussi soutenus que possible par la caisse commune ?

Sachons donc en convenir ; payer un sou par jour le droit à la plus modeste de nos interventions, ce n'est pas payer cher la tranquillité qu'il donne, et s'il arrive que le procès ait de la gravité, avouons que le *Sou médical* nous couvre pour presque rien.

En constatant ainsi : 1° que chaque année un cinquième de nos membres crie au secours ; 2° que nos conseils, notre appui, sont de la plus grande efficacité ; 3° qu'on se les assure pour un sou par jour, nous n'avons eu qu'un but, c'est de vous soumettre notre étonnement de ne pas avoir enrôlé dix fois plus de sociétaires, alors que le milieu où nous vivons devient de plus en plus hostile, alors

que les pièges se tendent partout, sous les pas du praticien.

Il est devenu matériellement impossible, cette année, de faire défiler sous vos yeux l'aperçu, même très résumé, des affaires qui se sont produites. Si abrégés qu'aient dû être nos procès-verbaux trimestriels, qu'il nous faudrait répéter ici, ils occupent plus de vingt colonnes du journal. Nous sommes donc dans l'obligation d'y renvoyer tous ceux d'entre vous, qui réclameraient des détails sur tel ou tel cas particulier. Ce sont là, du reste, des documents qu'il est indispensable de lire et de conserver, en même temps que : 1° la petite correspondance, où passent souvent des avis utiles dont la trace ne se trouverait plus dans les exposés réservés aux affaires importantes ; 2° les études professionnelles, la jurisprudence médicale, guides inséparables du médecin qui veut voir clair et progresser sûrement dans la voie où il marche.

Nous nous bornerons donc à un simple tableau de nos actes en 1900, à une classification pour mieux dire, avec les chiffres et les réflexions qu'elle comporte.

1. — Sous le titre modeste de *Bons offices*, nous trouvons, d'abord, 10 interventions qui se sont traduites soit par des démarches personnelles de tels ou tels membres du Bureau, soit par des avis insérés au Journal à titre gracieux. C'est ce dernier qui a fait surtout les frais des interventions de ce genre, et nous ne devons pas laisser passer ici l'occasion d'adresser nos remerciements à celui sur lequel nous pouvions toujours compter, et dont nous regrettons si vivement l'absence aujourd'hui.

2. — Nous avons eu recours trois fois à l'*arbitrage* pour régler de grosses contestations ; la première fois en déléguant nos pouvoirs à un correspondant dont le tact et l'influence régionale nous étaient connus, les deux autres fois en appelant devant le Bureau les parties intéressées. Dans deux de ces litiges le résultat a été obtenu : on va plaider sur le troisième, et nous ne pensons pas qu'il y ait beaucoup à y gagner.

3. — Les appels à notre *bienfaisance* ont été au nombre de quatre. Fidèles à la consigne que vous nous aviez donnée l'année dernière, nous avons dû en écarter trois, mais non toutefois sans les avoir recommandés à la bienveillance des sociétés locales. Par malheur, les nouveaux statuts de celles-ci limitent beaucoup leurs droits d'intervention, en cette matière ; quiconque n'en sera pas devenu membre avant un âge qui varie de 40 à 50 ans n'aura plus à frapper à cette porte jadis si hospitalière. Il est des confrères âgés qui payeront cher leur imprévoyance. Dans le seul cas où nous avons cédé, c'était pour participer aux frais d'inhumation d'un confrère mort dans l'indigence absolue.

4. — Les questions de *jurisprudence médicale* que nous avons eu à étudier pour nos sociétaires ont été aussi nombreuses que variées. Relevons rapidement :

4 consultations relatives à des doubles patentes, à des patentes pour clinique, pour sanatoriums ;

1 indication donnée à un confrère contre l'exercice abusif d'un médecin militaire ;

1 avis au sujet de ce qu'il convenait d'entendre par frais de dernière maladie donnant droit au privilège ;

4 avis relatifs au rang de notre privilège par rapport à celui du propriétaire ;

4 consultations visant le secret médical en justice ;

2 consultations sur la conduite à tenir dans des litiges avec la presse locale ;

2 indications donnant la marche à suivre sur des applications de la loi d'assistance.

1 étude d'un cas de diffamation d'une sage-femme dangereuse, par un médecin.

1 étude sur le double exercice de la médecine et de la pharmacie.

5. — Nous sommes intervenus dans quatre affaires d'*exercice illégal*, sans avoir d'ailleurs eu à y engager notre caisse.

Une lettre à un évêque, deux invitations à des confrères lésés de poursuivre les délinquants par les moyens que nous leur indiquions, ont suffi pour les trois premiers cas. Dans le quatrième, nous avons laissé l'initiative au Syndicat de l'arrondissement de Versailles qui a obtenu une très sérieuse condamnation contre un masseur, celui-ci se voyant frappé de 15 jours de prison, 500 fr. d'amende, sans préjudice de 5.000 fr. de dommages-intérêts à l'une de ses victimes.

6. — Le chapitre des *recouvrements d'honoraires* est toujours le plus encombré. Le médecin aime tant à se décharger sur une providence quelconque, de soins qui lui incombent exclusivement, que bon nombre de sociétaires tiennent à nous considérer comme une agence de recouvrements. *Nous avons beau leur répéter que ces affaires ne nous regardent que si elles touchent à un point d'intérêt général susceptible d'être amélioré à la faveur d'une espèce favorable*, ils persistent à vouloir nous confier la poursuite de tous leurs clients récalcitrants. Messieurs, ceci est excessif et impossible : nous avons refusé et continuerons de le faire. Trois avocats et trois secrétaires généraux n'y suffiraient pas ; et d'ailleurs, donner cette satisfaction ce serait déshabituer chacun de nous de la défense professionnelle de ses intérêts ; ce serait aller à l'encontre du but que la Société poursuit. Deux confrères ont démissionné cette année, à cause, paraît-il, de l'insuffisance de notre zèle sur ce point. Alors que le premier huissier venu pouvait mener leur affaire à bien, nous avions encore pris soin de donner à l'un d'eux un mot d'introduction près de M. Gatineau, à l'autre l'adresse d'une agence recommandée par le Concours et l'Union des Syndicats ! Que peut-on donc nous demander de plus, quand l'intérêt général n'est pas en cause ?

Dans le même ordre d'idées, s'il nous est agréable de constater que, cinq fois, l'établissement de notes, d'après notre tarif, a fait tomber des contestations naissantes, nous sommes forcés de reconnaître que chacun de nous, mis en possession de la petite brochure, pourrait bien dresser sa note lui-même. Nous succombons sous l'excès de votre confiance, permettez-nous de demander grâce et répit.

Il est encore arrivé cette année que beaucoup de médecins, non membres du Sou, nous ont sollicités à mains jointes de nous charger de leurs dossiers. Du moment que c'étaient eux qui éprouvaient une grosse perte d'honoraires, l'intérêt général se trouvait mis en avant, mais leur apport personnel à l'œuvre de solidarité ne pouvait pas aller jusqu'au versement de la cotisation. Pour l'un d'eux, dont la mésaventure était vraiment grosse, votre Conseil judiciaire et votre Secrétaire général cherchèrent à l'éclairer, sans mettre en cause le *Sou médical*, et échangèrent avec lui quelques lettres dans ce but. Mais la façon dont il leur fut répondu quand ils refusèrent de compromettre votre argent et votre crédit dans une aventure fort douteuse, mit fin à la conversation, et leur enlèvera pour longtemps la tentation de faire du zèle. Répétons donc qu'il ne suffit pas d'être du Concours ou de l'Amicale pour avoir droit aux services du *Sou*.

Nous nous sommes intéressés, en revanche, et avec succès, à *quinze* affaires résultant de l'application de la loi des accidents. Voilà bien, en effet, une jurisprudence, dont l'intérêt général doit avoir grand souci : et il nous est agréable de vous dire qu'elle s'établit absolument sur les bases que nous avions signalées au cours de la dure campagne que le Concours et le Sou ont menée depuis deux ans. L'un des points sur lesquels nous avions peine à entraîner la conviction et à vaincre la routine, était le payement d'honoraires au chirurgien d'hôpital pour soins aux assistés. Or, cette année, deux jugements, puis l'interprétation ministérielle, sont venus consacrer nos idées. Courage donc,

chers amis, et n'abandonnons plus nos droits les plus légitimes.

Pécuniairement, et par nos conseils, nous avons promis et donné notre appui à *treize* autres revendications d'honoraires, en indiquant, dans nos procès-verbaux trimestriels, les motifs de ces déterminations qui ne furent pas prises à la légère, croyez-le bien. Nous n'avons pas eu à le regretter, d'ailleurs, car cela nous a conduit à obtenir : 1° que le médecin ait le droit de réduire sa note pour rester sous la compétence du juge de paix ; 2° que les patrons soient déclarés souvent responsables des soins donnés à leurs domestiques ; 3° que la personne qui fait appeler le médecin soit dans certains cas solidaire du malade devant nos honoraires ; 4° qu'entre médecins pourvus des mêmes titres scientifiques le traitant a droit à la même rémunération que le consultant ; 5° que c'est au médecin traitant qu'il appartient de poursuivre judiciairement le recouvrement d'honoraires collectifs, etc., etc....

Pouvons-nous espérer cette fois que tous nos confrères saisiront bien le rôle du *Sou médical* sur ce terrain, et ne nous garderont pas rancune de vouloir nous y tenir ?

7. — Permettez-moi maintenant, chers confrères, de vous énumérer quelques actes de protection variée en faveur de nos Sociétaires.

M. Gatineau a obtenu, à propos de l'un d'eux, le droit de ne communiquer nos livres qu'avec des mesures de précaution nécessaires à l'égard du secret professionnel. Il est venu au secours d'un autre, qui se voyait contester la possibilité d'hériter d'une personne qui avait été la cliente de son père, médecin lui-même. Il guide avec une vigilance et une sagacité, dont nous ne lui serons jamais assez reconnaissants, ceux de nos confrères qui ont maille à partir avec la *Fraternelle médicale et pharmaceutique*, et ce débat est pour nous d'une importance que les événements ont montrée telle que nous l'avions prévuc l'année dernière. Il assiste le sociétaire n° 75 que son remplaçant, au mépris d'un engagement formel et écrit, cherche à supplanter dans sa clientèle. Il continue de se tenir à la disposition du confrère qui, blessé au service d'une compagnie, fut, pour toute indemnité, remercié par elle après être resté trois mois dans son lit. Il ira bientôt démontrer à un tribunal que des juges se sont trompés en faisant telle répartition d'honoraires qu'un expert médecin était seul capable d'établir : nous l'avons armé le mieux possible en vue de cette discussion technique.

Ces quelques mots, Messieurs, vous prouvent que le rôle de Conseil Judiciaire du *Sou* exige beaucoup de labeur et de dévouement. Votre Bureau profite de cette occasion pour vous rappeler que c'est à lui qu'il appartient, quand il le juge indispensable, de mettre à contribution le zèle et le savoir de notre Conseil, et il exprime le vœu que des médecins aussi économes qu'étrangers à la Société, n'aient plus l'indiscrétion de réclamer gratuitement ses avis, comme cela s'est produit deux fois en 1900.

8. — Nos rapports avec les Sociétés de secours mutuels ont donné lieu à cinq incidents. L'un, qui roulait tout entier sur une question de personnalités ne pouvait recevoir de solution : nous avons aidé, dans trois autres, nos confrères à obtenir ce qu'ils désiraient : le cinquième, analogue à ceux qui se sont terminés par le succès de MM. les Drs Ranson et Clisson, se jugera prochainement, et nous espérons bien que ce sera en faveur du Sociétaire que nous soutenons.

9. — Il est devenu de mode depuis les retentissantes affaires qui ont tant agité le corps médical ; de soulever à tout propos la question de notre *responsabilité professionnelle*. Un de nos vieux et dignes confrères parisiens a payé cher, cette année, une distraction survenue en écrivant une ordonnance, distraction qu'un élève en pharmacie a laissé passer alors qu'elle sautait aux yeux. Nous n'avons pu que plaindre ce confrère ; il n'était pas des nôtres. Sans nouvelles de l'affaire de M. le Dr Lassalette, qui se prolonge dans les expertises, nous ne saurions vous dire non plus quelle sera là notre attitude. Mais, du moins, si, dans ces cas, la responsabilité médicale a été invoquée, cela s'explique, dans une certaine mesure, parce qu'il y a eu mort d'homme et grosse émotion publique.

Le mobile est tout autre au fond des chicanes cherchées à nos sociétaires 38, 145, 247, 426. Il s'agit là de clients qui, au quart d'heure de Rabelais, se refusent à payer, parce qu'ils n'ont pas été aussi bien guéris qu'ils avaient rêvé de l'être, et allèguent une chimérique faute lourde pour réclamer des 10, 15, 30.000 fr. de dommages-intérêts. Nous voyez-vous, Messieurs, désormais placés dans l'alternative de toujours réussir dans nos traitements ou de verser des dommages-intérêts ? et cela surtout quand il s'agit de clients qui n'ont en vue que de ne pas délier les cordons de la bourse ? Laissant donc de côté l'indignation et l'écœurement que soulèvent ces procédés, votre Bureau s'est froidement assuré que les fameuses demandes reconventionnelles manquaient de point de départ, et il a dit ensuite à nos sociétaires : « Allez, ne vous laissez pas intimider, nous sommes avec vous jusqu'à épuisement de nos ressources ». Nous saurons, l'an prochain, si ces chantages ont révolté les juges, comme ils nous révoltent nous-mêmes ; et nous n'en doutons pas.

Messieurs, je vous entretiendrai l'année prochaine des affaires nées depuis le 1er octobre et dont la solution est pendante. Il en est une pourtant au sujet de laquelle un mot vous fera plaisir. Vous connaissez les abus commis par des médecins étrangers en matière d'exercice de la médecine et de la pharmacie sur nos frontières. On ne pouvait jusqu'ici obtenir la cessation de ces abus. Or, M. le Dr Chuquet, membre du *Sou médical*, s'appuyant sur l'aide du Syndicat et de la Société locale des Ardennes, vient enfin de rencontrer dans la personne d'un Sous-Préfet l'esprit d'équité et d'initiative inutilement recherché jusqu'à cette heure. Ce fonctionnaire a donné l'ordre aux douaniers de dresser procès-verbal aux délinquants et de saisir au besoin leurs médicaments, quand ils violent les conventions. A M. le Dr Gaïral, président du Syndicat des Ardennes, qui nous apportait cette bonne nouvelle, nous avons offert l'appui de notre caisse en vue des actions judiciaires qui pourraient être nécessitées par la généralisation de ces mesures de défense.

J'ai fini, Messieurs, car c'est à notre excellent Conseil judiciaire que nous devons laisser le soin de vous exposer : 1° ce qui s'est passé entre le Corps médical et la Fraternelle ; 2° l'incident du Syndicat de Bourgoin (Isère).

Mon dernier mot sera pour la propagande et pour l'appel à une collaboration dont nous avons besoin. Dites partout quels sont nos efforts et nos succès ; aidez-nous à enrichir nos archives de tous les jugements se rapportant aux intérêts professionnels, qui viendront à votre connaissance ; en un mot devenez militants comme il convient de l'être quand on est membre d'une Ligue, et quand cette ligue n'a en vue que la sauvegarde du prestige indispensable à notre belle profession. (*Salve d'applaudissements.*)

M. le Président. La parole est à M. Gatineau.

Me Gatineau. § I. — M. Arquevaux et sa Société la *Fraternelle* ont intenté aux membres du corps médical deux ordres de procès pour lesquels le Sou médical a accordé son concours et son appui aux médecins attaqués.

D'une part, les Drs L.. et autres ont été assignés devant le tribunal civil de Lille en paiement de dommages-intérêts en raison de leur refus de considérer comme un contrat le papier que M. Arquevaux leur avait fait signer en un seul original et dans des conditions qu'ils considèrent comme dolosives. Ces procès sont confiés aux bons soins de Me Carpentier, avocat à Lille, et Conseil du syn-

dicat médical de cette ville, qui s'est mis en rapport avec le Conseil judiciaire du Sou. La solution de ces procès est proche et ne peut être douteuse.

D'autre part, le Dr F..., de Roubaix, ayant écrit au *Réveil médical* une lettre dans laquelle il dévoilait aux médecins, pour les mettre en garde, les procédés employés à son égard pour obtenir sa signature, et cette lettre ayant été reproduite dans le *Bulletin du Syndicat médical de Lille*, Arquevaux et sa Société ont assigné devant les tribunaux correctionnels pour diffamation le Dr Faidherbe, les gérants et rédacteurs du *Réveil* et du *Bulletin* qui avaient inséré et commenté cette lettre.

En premier lieu, le Dr Faidherbe et le gérant du *Bulletin du Syndicat de Lille* assignés devant le tribunal de cette dernière ville, ont d'abord fait défaut. Le tribunal a cependant acquitté le Dr Faidherbe et condamné le gérant du *Bulletin* à 16 francs d'amende. Ce dernier a formé opposition, et l'affaire étant revenue devant le tribunal, Me Carpentier a fait prononcer la nullité de la citation, ce qui a eu pour conséquence de faire annuler le jugement. Aujourd'hui les faits relevés par la citation sont couverts par la prescription.

En second lieu, M. Arquevaux avait assigné le Dr Faidherbe et les gérant, secrétaire de rédaction, rédacteur-administrateur du *Réveil médical* devant la 9e chambre du tribunal correctionnel de la Seine. Le Dr Faidherbe, considérant que la Société la Fraternelle était une entreprise faisant appel à l'épargne et au crédit public et à l'encontre de laquelle la preuve des imputations diffamatoires était admise par la loi, dénonça à Arquevaux et à la Société, les faits dont il entendait faire la preuve et une liste de seize témoins, médecins et pharmaciens, qu'il se proposait de faire entendre.

L'affaire venant à une audience de fin d'année dans un rang très éloigné, le Dr Faidherbe n'avait pas cru devoir déranger inutilement ses témoins pour cette audience et demanda la remise à une date utile. M. Arquevaux insista pour que l'affaire fût retenue. Elle le fut, le Dr Faidherbe et le *Réveil médical* faisant défaut.. et le tribunal, sans avoir entendu les explications des défaillants, déclara que la lettre et l'article incriminés n'étaient pas diffamatoires et condamna M. Arquevaux aux dépens. Ce dernier interjeta appel. L'affaire venait à l'audience de la Cour d'appel le 8 novembre. Le Dr Faidherbe et le *Réveil médical* étaient présents à l'appel, prêts à la lutte, lorsque M. Arquevaux déclara se désister de son appel, reculant sans doute devant la preuve qui lui était offerte. Cette affaire se trouve donc terminée par un recul de l'intéressé qui équivaut à un aveu des faits que le Dr Faidherbe et le *Réveil* lui avaient reprochés.

D'autre part, le Conseil judiciaire du Sou s'est mis en rapport avec l'avoué et l'avocat d'un médecin ayant à soutenir à Versailles une action civile, semblable à celle dont est saisie le tribunal de Lille et dont la solution est imminente. Il est probable que le tribunal, suivant en ce point les conclusions du substitut et du procureur de la République, ordonnera l'enquête sollicitée.

§ II

Une autre affaire fort intéressante pour le corps médical est en ce moment à l'étude. Il s'agit d'un médecin qui, faisant partie d'un syndicat médical, après avoir pris des engagement formels en même temps que tous ses confrères, les a violés subrepticement. Le syndicat en question avait décidé que les médecins ne devaient pas accepter les traités dérisoires qui leur étaient proposés par les Cies d'assurances contre les accidents, à la suite de la mise en application de la loi nouvelle, et que des traités ne pourraient être passés entre les médecins et les compagnies que par l'intermédiaire du syndicat suivant le tarif qui avait été proposé à ces Cies. Tout en souscrivant personnellement aux délibérations prises par les assemblées générales, l'un des membres du syndicat, infidèle à sa parole, ne craignit pas de s'entendre directement avec les Cies en acceptant le tarif réduit qui avait été repoussé par tous les médecins d'accord entre eux pour résister aux prétentions exorbitantes des Cies. Le syndicat vota l'exclusion de ce confrère déloyal sous réserve d'intenter contre lui une action judiciaire. Les règles ordinaires du droit commun, aux termes desquelles les parties contractantes qui ont manqué aux obligations qu'elles ont librement acceptées, sont passibles de dommages-intérêts, sont, à n'en point douter, applicables aux conventions passées entre les membres d'une association syndicale. Le Sou médical a décidé de donner son concours au Syndicat de B.. qui s'est adressé à lui et le Conseil du Sou va s'entendre avec la chambre syndicale pour intenter une action devant le tribunal civil. Cette question est de la plus haute importance pour l'avenir des syndicats dont les efforts sont trop souvent paralysés par les agissements de certains de leurs membres. Il importe d'obtenir des tribunaux une décision de principe qui rappelle à la pudeur les syndiqués déloyaux, et qu'il soit décidé que tout syndiqué qui prend des engagements et les viole délibérément et sournoisement, est, comme tout autre membre d'une société quelconque, obligé de payer des dommages-intérêts à ses co-associés qu'il a lésés par ses agissements. (*Applaudissements prolongés.*)

M. le Président. — Messieurs, après ce que vous venez d'entendre, vous m'en voudriez n'est-ce pas, si je négligeais de dire à Me Gatineau, combien nous lui sommes reconnaissants du zèle et du dévouement qu'il apporte à la défense de nos intérêts. Nous le remercions du fond du cœur. (*Applaudissements.*)

M. le Président : La parole est à M. le Trésorier pour la lecture de son rapport financier.

Rapport du Trésorier.

Messieurs et chers Confrères,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport financier de l'année 1899.

Les recettes du *Sou médical* se sont élevées à 7.144 fr. 61, savoir :

Cotisations	7.013 fr. 40
Intérêts	6 — 75
Dons	105 — »»
Recouvrements et rappels	19 — 46
Total	7.144 — 61

Les dépenses se sont élevées à 4.855 fr. 50, savoir :

Matériel	1 fr. 30	355 fr. 50
Imprimés	225 — »»	
Poste et transp. div.	61 — 75	
Timbres quittances.	9 — 10	
Recouvr. et rappels.	37 — 55	
Divers	20 — 80	
Indemnités	4.100 — »»	4.500 — »»
Prêt	400 — »»	
Total		4.855 — 50

Je vous rappelle que la somme relativement élevée concernant les imprimés se rapporte à l'impression des statuts et au tirage de l'assemblée générale en vue de la propagande. Sous la rubrique *Divers* sont compris l'abonnement du Secrétaire général au *Journal officiel* et les frais de trésorerie.

Ces observations me permettent d'affirmer devant vous que les frais de gestion sont réduits à leur strict minimum, ce qui est indispensable dans une société telle que le *Sou médical*.

Balance des comptes.

Si au total des recettes de l'année 1899 on ajoute ce qui restait en caisse au 31 décembre 1898	7.144 fr. 61 4.201 — 24
On obtient un total de	11.345 — 85
Et si l'on retranche les dépenses de l'année 1899	4.855 — 50
Il reste un avoir de	6.490 — 35
Dont emploi a été fait de la manière suivante :	
Espèces déposées à la Société générale	7.004 — 15
Dû au Trésorier	513 — 80
L'avoir du Sou médical se compose donc ainsi :	
Espèces à la Soc. gén... 7.004 fr. 15 } Créance sur un sociétaire 400 — »» }	7.404 — 15
Moins ce qui est dû au Trésorier	513 — 80
Reste	6.890 — 35

Si vous trouviez excessif un tel reliquat en fin d'année, je vous répondrais que cette somme n'est pas entièrement disponible et qu'une partie importante en est engagée dans des affaires en cours. Votre Conseil d'administration ne peut en effet régler les indemnités qu'une fois l'affaire entièrement liquidée.

Le Conseil d'administration vous demande de vouloir bien approuver ces comptes d'une manière définitive.

Comptes provisoires de 1900.

Il me reste maintenant à vous entretenir de notre situation telle que je l'ai établie au 1er octobre dernier.

Les recettes des trois premiers trimestres de 1900 se sont élevées à 4.358 fr. 40, savoir :

Cotisations	4.343 fr. 50
Recouvrements et rappels	2 — 90
Dons	12 — »»
Total	4.358 — 40

De nombreuses rentrées ne se font que dans le quatrième trimestre ; c'est ce qui explique le chiffre relativement faible des recettes.

Les dépenses dans la même période se sont élevées à 1319 fr. 95.

Imprimés	78 fr. 95	451 fr. 65
Poste et transp. div.	39 — 10	
Timbres quittances	4 — 10	
Recouvr. et rappels	10 — 95	
Frais de bureaux	300 — »»	
Divers	18 — 55	
Indemnités		868 — 30
Total		1.319 — 95

Un certain nombre d'indemnités restent à régler.

Balance des comptes.

Recettes de l'année 1900 (3 trimestres)	4.358 fr. 40
Dépenses 1.319 fr. 95 } Dû au trés. au 31 déc. 1899 513 — 80 }	1.833 — 75
Reste avoir	2.524 — 65
Dont emploi a été fait de la manière suivante :	
Versé à la Société générale	1.000 — »»
Espèces en caisse	1.524 — 65
Total égal	2.524 — 65

L'avoir du *Sou médical* comprend donc au 1er octobre 1900 :

Espèces à la société générale	8.004 fr. 15
Espèces en caisse	1.524 — 65
Total	9.928 — 80

Je répète que cette somme n'est pas entièrement disponible et qu'elle est au contraire engagée pour une forte part dans des affaires dont nous avons assumé les frais.

En terminant, laissez-moi ajouter, après notre excellent Secrétaire général, que les services rendus par le *Sou médical* sont déjà considérables — et pourtant il n'est qu'à ses débuts — et qu'il vous appartient à vous, mes chers Confrères, de les rendre plus nombreux encore en faisant près de vos voisins une propagande active.

Quelques-uns voudraient que la cotisation fût moins élevée — un sou par jour, est-ce donc hors des facultés du Médecin ! Mais là n'est pas la raison de notre résistance à cet abaissement : nous voulons tenir nos promesses ; or ce n'est pas en diminuant nos ressources et en accroissant nos charges par l'augmentation du nombre des sociétaires que nous pourrions les tenir.

Nous marchons bien, continuons. (*Applaudissements.*)

Rapports des contrôleurs.

M. le Dr Jeanne. — En l'absence de M. le Dr Giberton, contrôleur, empêché d'assister à la séance, je vais donner lecture de son rapport sur le contrôle des comptes de notre Trésorier.

Messieurs,

Ainsi que vous nous en avez confié la mission, nous avons contrôlé les comptes de votre trésorier pour l'exercice qui se termine. Notre vérification nous a permis de constater, avec une tenue de livres irréprochable, la parfaite régularité de ces comptes. Pourtant, hâtons-nous de le dire, nous n'avons pas refait toutes les opérations qu'ils comportent. Nous nous sommes contentés de prendre au hasard quelques totaux, d'en vérifier l'exactitude et de nous assurer de leur parfaite concordance entre eux. Nous ne nous sommes pas occupés de contrôler l'origine ou la valeur de chacune des sommes qui constituent l'ensemble des comptes ; il faudrait pour cela faire un véritable inventaire et un pareil travail imposerait à votre trésorier l'obligation de se faire suivre à Paris de toutes les factures, de toutes les notes en sa possession — ce qu'on ne peut vraiment pas lui demander — et à vos contrôleurs une besogne susceptible de leur prendre un temps dont ils ne sauraient disposer.

M. Gassot, trésorier : J'avais toutes les pièces justificatives.

M. Jeanne continuant :

Nous prions l'Assemblée, et surtout M. Gassot, de nous pardonner cette sorte de digression ; mais il est bon, pour une association aussi jeune que la nôtre, que chacun sache comment fonctionnent ses différents rouages administratifs. Nous avons tenu à préciser les conditions dans lesquelles s'opère le contrôle qui nous a été confié et à nous assurer que c'est bien ce qu'on lui demande.

Nous tenons encore, et en passant, à faire remarquer la situation prospère du Sou médical. Ayant à peine 3 ans d'existence, sa caisse possède à ce jour 9.928 fr. 80 ; or, même en tenant compte des affaires en cours, il ressort clairement qu'un suffisant excédent de recettes est assuré pour chaque exercice écoulé, ce qui permet d'entrevoir, pour un avenir relativement proche, d'utiles créations en faveur des membres de la Société. Mais nous n'avons pas besoin d'ajouter que toute tentative dans cette voie, avant quelques années, serait prématurée. Il faut simplement retenir de cette constatation que l'avenir du Sou Médical est aussi rassurant qu'on peut le souhaiter. Vos contrôleurs avaient le devoir de le faire remarquer.

Dr Giberton-Dubreuil.
Dr Paul Huguenin.

M. le Président. Je mets aux voix l'approbation des comptes de M. le Trésorier.

Les comptes sont approuvés à l'unanimité.

M. Gassot, trésorier : Messieurs, le système de recouvrement par les dizainiers offre des difficultés de toute sorte, je vous propose de le supprimer et d'adopter le recouvrement d'office par la poste, 18 francs (frais compris).

La proposition mise aux voix est adoptée à l'unanimité.

M. Gassot. — Le *Sou médical*, qui avait émis l'idée d'un travail d'ensemble sur l'encombrement médical et qui avait eu l'intention de fonder un prix pour récompenser le meilleur mémoire sur cette question, s'est laissé distancer par le *Concours Médical*. Cette Société a donné un prix de 500 francs à M. le Dr Gouffier. C'est à nous aujourd'hui de participer à la publication de l'œuvre de ce confrère. Et je propose que le *Sou médical* prenne à sa charge, en collaboration avec le *Concours*, la moitié des frais de tirage du travail de M. Gouffier.

M. le Président. — Je propose, pour aider le *Concours* dans ces frais, une somme de 200 francs.

Cette somme est votée à l'unanimité.

M. Gassot. — Le travail de notre Secrétaire Général devient de plus en plus colossal. Quoique ses fonctions soient gratuites en principe, j'estime que nous devons le dédommager de tout le mal, de toute la fatigue, de toutes les pertes de temps que nous lui imposons, je dirai même de tous les frais de Bureau, de correspondance, de déplacements et de voyage qu'il n'épargne pas pour défendre de tout son pouvoir les intérêts menacés des membres du *Sou.*

L'année dernière vous lui avez alloué une somme de deux cents francs. Elle devient manifestement insuffisante, en face de l'augmentation en nombre de nos Sociétaires et de nos affaires ; et, j'estime qu'aujourd'hui vous devez porter cette somme à mille francs.

Cette proposition mise aux voix est adoptée à l'unanimité.

M. Delobel. — Tout à l'heure, M. le Secrétaire Général nous faisait part des efforts d'un Syndicat pour réprimer les abus des médecins de frontière sur notre territoire. Il serait bien simple d'agir. Ce serait de faire donner aux douaniers l'ordre de saisir comme contrebande tous les médicaments passés en fraude dans la voiture du médecin étranger venant soigner sur notre territoire.

M. Jeanne. — C'est précisément cet ordre qui est donné et va être exécuté sur la frontière des Ardennes.

M. le Président. — Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à 4 heures et demie.

Le Secrétaire des séances,
Dr H. Mignon.

LA SEMAINE MEDICALE

La méthode de Fr. Crôtte.

Récemment, nous avons rendu compte des bons résultats que plusieurs praticiens avaient obtenus chez les tuberculeux par la méthode de Fr. Crôtte.

Voici en deux mots, en quoi consiste cette méthode :

« Le principal antiseptique employé est l'aldéhyde formique. Deux temps dans l'opération :

1° Le transport des médicaments : le malade est assis sur le tabouret isolant de la machine statique et on applique sur la poitrine et sur le dos des serviettes imbibées d'une solution de formaldéhyde de 1 à 10 % selon les degrés de la maladie et la susceptibilité des malades ; on fait marcher la machine et on donne soit des effluves, soit des étincelles, ou les deux. On peut également se servir d'éponges imbibées de la solution à employer que l'on frotte sur le corps du malade pendant que le courant passe.

2° Inhalations de formaldéhyde avec effluves électriques en mettant l'éponge à l'un des pôles de la machine ; le malade, toujours assis sur le tabouret isolant, respire les vapeurs formolées qui se dégagent de l'éponge en même temps que le courant passe.

Cette méthode n'offre aucun danger et avec un peu d'habitude on arrive à faire supporter au malade de forts courants électriques. »

Hystérectomie abdominale totale et cancer utérin.

M. le Dr R. Sorel, du Hâvre, et son élève le Dr Bellœuf, ont fait une étude, avec statistiques à l'appui, des résultats de l'hystérectomie abdominale totale dans les cas de cancer utérin et ils ont terminé leur travail par les conclusions suivantes :

1° L'étude anatomique montre que le cancer de l'utérus reste rarement limité à la matrice, qu'il envahit le vagin, la base des ligaments larges, l'ovaire et les ganglions, et cela, souvent d'une façon précoce, sans qu'il soit toujours possible de faire le diagnostic clinique de cet envahissement au début ;

2° Une opération, pour être radicale, doit enlever la matrice, une grande partie du vagin, l'ovaire et la trompe, le ligament large à son insertion utérine, et enfin les ganglions ;

3° L'hystérectomie abdominale avec recherche méthodique des ganglions ou évidement partiel du bassin, l'extirpation totale de tous les lymphatiques étant théorique, est la seule opération permettant de se rapprocher de l'idéal ;

4° L'hystérectomie abdominale totale ne doit être tentée que pour des cas au début limités à l'utérus ;

5° L'étude des résultats éloignés ne pouvant encore permettre des conclusions rigoureuses, nous engageons tous les auteurs à publier leurs cas d'hystérectomies abdominales pour des cancers limités à l'utérus avec les résultats éloignés ; pour éclairer la question, il faut éliminer les observations d'hystérectomie pour cancer ayant envahi la vessie, les ligaments larges, etc. Les auteurs doivent également indiquer dans combien de cas, ils ont trouvé des ganglions carcinomateux ;

6° Pour entraîner la conviction, les observations doivent indiquer le résultat de l'examen microscopique de l'utérus et des ganglions.

L'eau oxygénée.

M. le Dr Caillard (de Sainte-Marie de Ré) vient de communiquer à la Société médicale de la Rochelle une nouvelle série de 23 observations

montrant les excellents résultats, que donne l'emploi de cette substance comme antiseptique. Plaies contuses, plaies par instruments tranchants, phlegmons diffus, panaris, gangrène, muguet, ulcères variqueux, trajets fistuleux, lui ont fourni un champ d'expérience extrêmement varié. (*Journal de méd. et de chir. pratiques.*)

L'action de l'eau oxygénée est remarquable surtout dans les cas de plaies atones, n'ayant pas de tendance au bourgeonnement ; elle rend la vie aux tissus mortifiés ; c'est un désodorisant merveilleux, ainsi qu'il a pu l'apprécier au cours du traitement d'une gangrène étendue de la jambe. Enfin, dans les plaies anfractueuses, elle possède sur les autres antiseptiques la supériorité de diffuser partout son oxygène qui désinfecte ainsi les parties inaccessibles à une action directe. Autre avantage qui n'est pas à dédaigner : si le prix de revient de l'eau oxygénée est relativement élevé, ce défaut est compensé par la petite quantité nécessaire à un pansement (20gr. environ). Ce médicament a contre lui la douleur parfois très vive que détermine son application ; mais cette douleur disparaît rapidement et tient à la concentration sous laquelle on l'emploie (12 volumes). Avec un malade sensible on peut diminuer le titre de la solution, et le résultat, s'il n'était pas aussi rapide, pourrait être aussi bon.

Quant à l'action de l'eau oxygénée sur la circulation capillaire, elle est telle que les petites hémorrhagies en nappe s'arrêtent en quelques minutes.

C'est surtout dans les cas relatifs à la gangrène de la jambe, et pour des plaies contuses des phlegmons de diverses régions et des panaris que M. Caillard a obtenu des résultats remarquables.

La médication thyroïdienne.

Les différentes communications que nous avons publiées au *Concours Médical* sur les heureux effets de la médication thyroïdienne, nous ont valu quelques questions de nos lecteurs sur la méthode à employer pour réaliser cette médication. Nous nous empressons de les satisfaire.

La médication thyroïdienne peut être appliquée de deux façons :

1° En faisant ingérer au malade la glande thyroïde *fraîche* du mouton, à la dose de 5 grammes ou 6 grammes en 24 heures. Cette substance doit être prise CRUE, hachée ou broyée dans un petit mortier et assaisonnée d'un peu de bouillon salé tiède, ou de compote de pommes. Généralement, on continue pendant 8 jours ; puis, on laisse reposer le malade huit autres jours. M. le Dr Richard Lesay recommande d'associer l'iodure de potassium à la médication thyroïdienne, à la dose de 1 ou 2 grammes par jour, quand il s'agit de traiter un rhumatisme chronique fibreux ; l'iodure est donné dans la période des huit jours de repos.

2° On peut administrer à la place de la glande fraîche crue des capsules préparées pharmaceutiquement sous le nom de capsules thyroïdiennes, capsules d'iodothyrine, capsules d'extrait thyroïde, etc., qui font l'objet de spécialités commerciales. La dose de ces capsules est généralement de 4 à 8 par jour, selon les personnes et selon les indications.

Le point important à retenir est que cette médication ne doit pas être abandonnée aux fantaisies du malade : une surveillance du cœur et du système nerveux doit être exercée au moins tous les 3 jours, car l'insomnie et les palpitations peuvent survenir assez vite quand il y a excès et seul le médecin peut apprécier le danger et juger de l'opportunité de la continuation du traitement.

Tuberculose du premier âge.

On ne connaît guère la fréquence de la tuberculose chez les jeunes enfants que depuis dix ans et, cependant, les observations se multiplient et se répètent de jour en jour davantage. MM. Georges Petit et F. Guillot ont recueilli ainsi, depuis quelques années, de nombreux faits, dont ils ont tiré les conclusions suivantes :

1° La tuberculose chez le tout jeune enfant reste, beaucoup plus souvent qu'on ne le croit généralement, cantonnée aux poumons, malgré sa grande tendance à la diffusion. La forme chronique même à grand processus cavitaire n'est pas si rare qu'on veut bien le dire ;

2° Les formes aiguë, granuleuse, la phtisie aiguë broncho-pneumonique, sont, par leur marche très rapide, d'un diagnostic extrêmement délicat, le plus souvent même impossible. L'évolution des phénomènes morbides ou la constatation de signes de tuberbulose préexistants, seront seules capables de nous les faire distinguer d'une bronchite capillaire ou d'une broncho-pneumonie, voire même d'une simple bronchite avec lesquelles on les confond le plus ordinairement ;

3° La forme ulcéreuse chronique au contraire sera dans beaucoup de cas d'un diagnostic faisable, lorsqu'on pourra adjoindre aux signes stéthoscopiques souvent trompeurs par eux-mêmes, un certain nombre de symptômes bacillaires rencontrés au cours de l'examen approfondi du bébé.

Il importera de porter le plus rapidement possible ce diagnostic dans l'intérêt même du malade, car, s'il existe un moment où l'on a des chances d'enrayer la marche envahissante des lésions, c'est au début même de l'affection lorsqu'elle n'est encore qu'au niveau de la porte d'entrée.

5° La tuberculose pulmonaire chronique n'est en effet pas fatalement mortelle, à l'encontre des formes aiguës qui le sont, et à brève échéance.

CLINIQUE MÉDICALE

Des moyens de prévenir les maladies valvulaires du cœur au cours du rhumatisme aigu.

Leçon faite au *Royal Infirmary* de Liverpool.
Par le Professeur RICHARD CATON.

Messieurs : Nous observons tous les jours dans cet hôpital des sujets atteints d'affections organiques du cœur. Ces pauvres gens, après s'être épuisés en efforts pour accomplir leur tâche quotidienne, viennent à nous à bout de forces, en proie à la dyspnée et à l'hydropisie. Tantôt, ils sont soignés à la consultation externe

tantôt et le plus souvent ils entrent dans nos salles et y reçoivent alors toute l'assistance temporaire possible. Leur histoire, d'ailleurs, dans sa tristesse, est généralement la même : attaque grave de rhumatisme après laquelle la santé n'est jamais revenue comme auparavant ; puis, oppression progressivement croissante, œdème des jambes et des pieds, incapacité au travail. Spectacle particulièrement pénible s'il s'agit, comme il arrive fréquemment, d'individus encore jeunes, dont l'existence entière se trouve ainsi entravée.

Pour cette raison, dans notre service — et beaucoup d'entre vous l'ont sans doute remarqué — le cœur est examiné chaque jour avec un soin particulier chez tout malade atteint de rhumatisme articulaire aigu. De plus, certaines mesures thérapeutiques inaccoutumées y sont mises en œuvre dans le but de prévenir l'invasion d'une complication valvulaire. Je vous ai dit tout à l'heure pourquoi j'emploie ces moyens ; laissez-moi maintenant vous en exposer les bases théoriques et vous donner ensuite un rapide sommaire des résultats obtenus, grâce à eux, jusqu'à présent.

***

Par quel mécanisme peut-on espérer agir sur l'endocarde, prévenir ou atténuer l'inflammation rhumatismale, éliminer les produits de cette inflammation et empêcher ainsi l'éclosion des lésions mitrales ?

Il faut pour cela, en premier lieu, guérir le rhumatisme aussi rapidement que possible et faire en sorte que des refroidissements ne viennent pas l'aggraver. Le malade sera maintenu au lit, au repos absolu, et entouré des pieds à la tête d'un chaud vêtement de flanelle pour éviter les refroidissements dus à la transpiration généralement abondante. J'ai toujours dans mon service un large approvisionnement de ces vêtements destinés aux rhumatisants. Les salicylates seront prescrits à doses convenables mêlés souvent aux alcalins et aux cholagogues en quantité suffisante pour procurer des selles régulières, non diarrhéiques toutefois. Le régime consistera en lait et farineux légers sans viande rouge. Quant au repos au lit, il doit être conservé bien longtemps après la disparition des douleurs et de la fièvre : n'oubliez pas, en effet, que la médication salicylée tout en anéantissant ces deux symptômes après 24 ou 48 heures ne guérit pas cependant le rhumatisme lui-même avant moins de deux à trois semaines d'une administration continue.

Le traitement que je viens de formuler n'a certes, en lui-même, rien de particulièrement nouveau ; son application, néanmoins, est avantageuse et procure une faible proportion de complications cardiaques. Celles-ci ont atteint seulement le chiffre de 15 % sur un total de plusieurs centaines d'observations personnelles.

Cependant, même avec autant de précautions, il vous arrivera de voir se développer chez un rhumatisant des troubles du côté du cœur. Ces derniers, d'autre part, auront souvent débuté avant votre première visite au malade. Vous constatez alors, à l'auscultation, que le premier son à la pointe s'assourdit, qu'un souffle, perceptible dans l'aisselle, se produit, le second son pulmonaire s'accentuant en raison du reflux sanguin au travers la mitrale. Dans ces conditions qu'allez-vous faire ?

Vous devez maintenir le malade au repos avec plus de sévérité encore. Défendez tout mouvement, toute élévation de la tête. Le patient doit avoir le calme physiologique le plus complet pour rendre les intervalles entre les systoles aussi longs que possible et pour abaisser au minimum la tension sanguine. Dans l'endocarde, enflammé les vaisseaux sont dilatés, les couches profondes infiltrées de leucocytes et les valvules, épaissies, ramollies, deviennent incapables de soutenir le choc sanguin produit par une systole énergique.

En fait, il est possible que la régurgitation qui se montre à ce moment et nous alarme tant soit en elle-même un phénomène bienfaisant et protecteur de la nature, diminuant avantageusement la pression du sang sur la valvule mitrale. Pour protéger cet organe malade et aider les efforts réparateurs de la nature il convient de donner au cœur un repos absolu et prolongé, cinq à six semaines au moins par exemple.

Est-il possible, en outre, de soutenir l'endocarde dans sa lutte contre la dyscrasie rhumatismale ?

Lorsqu'il s'agit d'articulations atteintes par l'infection rhumatismale, nous pouvons indiscutablement aider les forces naturelles. En appliquant de petits vésicatoires au voisinage ou immédiatement sur la jointure affectée, nous faisons disparaître presque avec certitude la douleur et le gonflement. Cette constatation n'est pas douteuse pour quiconque a observé les effets de ce traitement préconisé par le regretté Dr Herbert Davies. A mon avis, le soulagement apporté par le vésicatoire est dû uniquement à l'action de celui-ci sur les extrémités nerveuses cutanées à la stimulation des nerfs trophiques de la partie malade qui en résulte. Tel est, selon moi, le mécanisme de l'action de la méthode dite de « contre-irritation » quelle qu'en soit la forme. Elle procure une excitation des nerfs trophiques et vaso-moteurs d'où résulte une activité réparatrice et une restauration qui, sans cela, n'aurait pas lieu. Nous trouvons un exemple de ce même principe dans la cure des ulcères : si la nature n'y suffit pas, nous stimulons les tissus indolents par l'application d'un agent médicamenteux, le nitrate d'argent ou toute autre analogue et alors la cicatrisation commence.

Pouvons-nous d'une manière quelconque influencer les nerfs trophiques et vaso-moteurs du cœur ? Existe-t-il un chemin par lequel il soit possible d'atteindre un organe aussi singulièrement inaccessible ? Je pense que cette voie existe et qu'il n'y en a qu'une d'ailleurs. Grâce aux travaux de Gaskell, Sherrington, Head, Ross, nous savons que chaque viscère est en relation avec certaines surfaces cutanées sensitives. A ce point de vue, le cœur est en rapport avec les quatre premiers nerfs intercostaux dorsaux. Tous les changements trophiques morbides du cœur, tels ceux résultant de l'angor pectoris, du surmenage par exemple, se traduisent constamment par des douleurs à la région desservie par ces filets nerveux. De plus, ce sont des nerfs afférents, capables de transmettre une impulsion. Si nous les excitons, une partie de l'impulsion traverse la moëlle pour gagner le

cerveau sous forme d'une sensation ; l'autre portion, en raison des connexions avec le plexus cardiaque, ne va-t-elle pas au cœur lui-même, non sous forme sensitive, mais comme stimulant trophique ? Il en est bien ainsi lorsque nous agissons sur les nerfs adjacents d'une articulation !

Cette pathogénie, sans doute, n'est qu'une simple hypothèse et autant que je sache une hypothèse tout à fait nouvelle ; mais elle ne semble pas sans fondement, au contraire. Partant de ce principe, j'ai donc prescrit pendant ces quinze dernières années de petits vésicatoires, d'une grandeur un peu supérieure à notre pièce de un franc, à appliquer sur le trajet des quatre premiers nerfs intercostaux, c'est-à-dire sur la partie supérieure de la poitrine, entre la clavicule et le mamelon, de chaque côté. Un seul vésicatoire est mis à la fois et, son effet terminé, on le remplace par un cataplasme. Il ne se produit ni gêne ni douleur si les plaies sont pansées convenablement.

D'autre part, tout exsudat inflammatoire doit être absorbé et éloigné de l'endocarde aussitôt que possible. Si les produits infiltrés restent dans le tissu cardiaque et s'organisent, la valvule ne retrouve probablement jamais sa mobilité normale. J'ai vu une mitrale, après une endocardite, épaissie au point d'atteindre un huitième de pouce d'épaisseur. Une telle valvule, naturellement, ne peut fonctionner sous le flux et le reflux rapides du sang pendant la systole et la diastole. Nous possédons certains médicaments qui ont la réputation d'influencer l'absorption et en particulier d'agir sur les infiltrations des tissus non encore organisés et fortifiés par le développement de vaisseaux. Les iodures et le mercure entrent dans cette catégorie. J'ai toujours donné les iodures, habituellement l'iodure de sodium, dans le traitement de ces cas ; quelquefois j'y ai joint le mercure, mais avec précautions.

* * *

Quel a été le résultat de l'application de cette méthode que j'emploie maintenant depuis quinze années ? Permettez-moi, tout d'abord, de vous dire ce que j'obtenais auparavant par une simple médication expectante telle que je l'ai appliquée pendant quelques années, soignant seulement le rhumatisme et laissant le cœur abandonné à lui-même. Dans bon nombre de cas le malade quittait l'hôpital avec un bruit cardiaque qui malheureusement devenait bientôt l'origine d'une lésion mitrale permanente, la mitrale étant presque toujours la valvule en cause.

Ce fut même cette succession de conséquences fâcheuses qui m'engagèrent à chercher une meilleure thérapeutique. J'expérimentai alors plusieurs autres méthodes recommandées par d'anciens auteurs, mais sans résultats bien encourageants.

Depuis 15 ans, j'applique le plan dont je viens de vous indiquer les bases et j'ai ainsi traité, à l'hôpital, 85 cas de lésions valvulaires sur lesquels 54 présentaient déjà, lorsque je commençai à les soigner, des signes de troubles cardiaques récents en apparence. De ces derniers, après mon traitement, 34 quittèrent l'hôpital avec des cœurs apparemment en bon état et 20 eurent une lésion valvulaire. Evidemment, chez beaucoup de ces malades, il était difficile d'assurer que la lésion cardiaque observée au début était réellement de date récente.

Les 31 autres malades vinrent dans nos salles avec des cœurs sains (ou du moins ne présentant pas de bruit pathologique). La valvulite y débuta sous nos yeux et fut ainsi traitée *ab initio*. 27 nous ont quittés sans affection cardiaque appréciable, 3 finirent par une maladie permanente des valvules et un est encore en traitement. Ce résultat est absolument satisfaisant.

En général, les choses se passent de la manière suivante : après un traitement prolongé le bruit devient plus doux et s'entend avec de plus en plus de difficulté ; puis, il cesse d'être régulier, tantôt perceptible, tantôt imperceptible. Un jour vient où il s'entend quand le malade est couché pour disparaître quand il se met sur son séant. Finalement, il cesse tout à fait et l'accentuation du deuxième son pulmonaire s'évanouit également. Toutefois, même après avoir obtenu ce résultat, des soins et du repos sont encore nécessaires. Chaque fois qu'il est possible nous continuons à surveiller le patient pendant des mois et des années et, si aucune attaque nouvelle de rhumatisme ne se produit, la guérison se maintient.

Conclusions.

1° Le point essentiel du rhumatisme articulaire aigu réside dans ses complications cardiaques. La maladie en elle-même est rarement fatale et, depuis la découverte des salicylates, elle comporte une somme de douleurs et de malaises considérablement amoindrie. Sa gravité réside en ce fait qu'elle cause souvent de véritables infirmités cardiaques, laissant le patient incapable de jouir de l'existence et de profiter de son activité physique, sans parler des souffrances et de l'abréviation de la vie qu'elle entraîne.

2° Mon expérience personnelle m'a convaincu que dans la majorité des circonstances, cette calamité peut être évitée, mais seulement au prix d'un repos prolongé plus ennuyeux, il est vrai, pour le malade que tous les autres détails du traitement. Si cependant on dit au patient, de façon toutefois à ne pas l'alarmer, ni le décourager, quelles complications le menacent, il accepte volontiers, en général, ce moyen de guérison. On y joindra la médication décrite en détail tout à l'heure. Autant que je puis en juger, ce traitement est d'autant plus efficace qu'il est commencé plus tôt; remis au delà d'une certaine période il devient inutile, chez l'adulte du moins, car chez l'enfant le pouvoir restaurateur naturel m'a paru plus grand. Puisque je parle de l'enfance, n'oubliez pas que parfois le rhumatisme y évolue sans douleur pour ainsi dire. Un mal de gorge, un peu de fièvre, de la sensibilité dans les membres peuvent être toute la symptomatologie d'un rhumatisme infantile qui malgré cela est susceptible de frapper le cœur. Examinez soigneusement cet organe en pareille circonstance.

Enfin, pour terminer, deux avertissements : si le cœur de votre malade, après avoir subi une attaque d'endocardite rhumatismale, semble être redevenu normal, prévenez le patient d'éviter tout exercice violent pendant 2 ou 3 mois.

Qu'il se précautionne contre une nouvelle atteinte de rhumatisme. S'il s'en produit une dans les trois mois suivants, le cœur est presque toujours pris à nouveau.

(Leçon traduite du *British med. Journal*, par le Dr P. Lacroix).

MÉDECINE PRATIQUE

Les anomalies de la vaccine. La vaccine rouge,

Par le Dr Delobel, de Noyon (Oise),
Lauréat de l'Académie de Médecine.

La description de l'éruption vaccinale n'est plus à faire. Elle est connue de tous et se trouve dans tous les ouvrages de pathologie ou de clinique médicale qui s'occupent du traitement prophylactique de la variole.

L'éruption vaccinale typique ou classique est la pustule ombiliquée. Cependant, cette éruption peut présenter des variétés ou des anomalies dans sa forme, son lieu d'apparition et même son aspect, c'est-à-dire sa coloration.

Anomalies de forme de l'éruption vaccinale. — L'éruption vaccinale est moins franche et de caractères moins nets que l'éruption typique de la vaccine vraie. On dit alors qu'il s'agit de *fausse vaccine.*

Cette désignation est mauvaise, car il n'y a pas de fausse vaccine. La vaccine est vraie ou n'existe pas (Hervieux). L'éruption peut être tardive et n'apparaître que vers les septième, huitième, quinzième et même trentième jours (Sulpicy, Bousquet) : la vaccine est alors *latente* ou *retardée*. Elle peut même exister sans apparaître, c'est-à-dire que la vaccine est *fruste* ou sans éruption, de même qu'il y a des scarlatines frustes ou sans éruption et des varioles frustes. Tréluyer, Bousquet, Maurice Raynaud, Chauveau, Aimé Martin ont démontré l'existence de la vaccine fruste.

Anomalies du lieu d'apparition. — La vaccine peut apparaître dans une région autre que celle du point d'inoculation du vaccin. Stocquart a observé l'*éruption vaccinale par migration.* Parfois, des pustules surnuméraires se forment, et, si elles sont en très grand nombre, la vaccine est dite *généralisée* ; elle se rencontre chez des individus prédisposés aux affections cutanées ; chez d'autres, il faut accuser une susceptibilité spéciale envers le virus vaccin. La vaccine généralisée est discrète, cohérente, ou encore confluente. (Chauveau, Richard, Cazalas, Longuet, d'Espine, Lacour, Gaucher.)

Anomalies de coloration. — L'aspect de la pustule vaccinale présente aussi des variétés. Tantôt, l'éruption revêt l'aspect de taches purpuriques semblables à des piqûres de puces : c'est le *purpura a vaccinâ.* (Bergeron, Dauchez), tantôt apparaissent des pustules noires, des pétéchies, c'est la *vaccine pétéchiale* de Gregory. Si les taches sont plus grandes, on dit la *vaccine ecchymotique* ; et, si ces taches ecchymotiques sont plus larges encore et s'accompagnent d'hémorrhagies (épistaxis, hématurie), la vaccine est *hémorrhagique* (*purpura hémorrhagica a vaccinâ*). En d'autres circonstances, la couleur de la pustule vaccinale est rouge, c'est la *vaccine rouge* que nous allons étudier.

Vaccine rouge. — La vaccine rouge est d'étude bien récente. Munschina la fit connaître en 1891, puis Dauvé et Larue en 1892 ; Maljean en fit l'examen bactériologique en 1893, Antony en 1894, et Goumy et Cozette en 1898.

La vaccine rouge se rencontre exclusivement chez l'adulte déjà revacciné ; elle n'atteint son complet développement que 15 à 16 jours après l'inoculation vaccinale. Il est à remarquer qu'un sujet ayant présenté des pustules rouges à une première inoculation n'en présente plus à la seconde. La vaccine rouge confère l'immunité vis-à-vis d'elle-même ; elle se comporte donc comme la vaccine normale.

Caractères morphologiques et anatomo-pathologiques de la pustule rouge. — La vaccine rouge siège aux points d'inoculation ; une seule pustule existe sur chaque piqure ou scarification, et le plus souvent elle est unique sur le même sujet. Elle se présente sous l'aspect d'une saillie hémisphérique arrondie, de 3 à 4 millimètres d'élévation. De dimensions variables, elle atteint le volume d'un grain de blé ou d'un gros pois. Sa coloration est rouge vif ou rouge lie-de-vin, mais le plus souvent rouge cerise.

La pustule rouge est une vésico-pustule ou une pustule sans ombilication ; mais elle ne présente pas de collerette blanche. Elle évolue comme la vaccine normale ; et, arrivée à son complet développement, on distingue en son centre une petite saillie acuminée, d'un blanc jaunâtre, et ne tardant pas à se recouvrir d'une croûte peu épaisse.

La pustule rouge apparaît généralement du 12e au 15e jour, quelquefois plus tôt, et son exfoliation commence vers le 20e jour. Elle ne confère pas l'immunité vis-à-vis de la vaccine ordinaire. Son contenu est sanguinolent, il contient de nombreux globules rouges et quelques rares leucocytes, tandis que la pustule normale contient au contraire de très nombreux leucocytes et peu de globules rouges.

Les recherches bactériologiques de Goumy et Cozette ont montré dans la pustule rouge la présence du microcoque porcelaine comme dans la vaccine vraie ; mais, dans la pustule rouge, il serait seul, à l'état de pureté ; et dans la pustule normale, il se trouve associé à d'autres microcoques, le microcoque jaune principalement, et même à des microbes vulgaires (bacillus subtilis, etc.)

Dans la vaccine normale, dès l'inoculation du virus-vaccin, il se produit un afflux considérable de globules blancs ou leucocytes aux points d'insertion du vaccin. Les propriétés chimiotaxiques positives de ce dernier à l'égard des globules blancs les attirent en grand nombre, et les leucocytes viennent aussitôt jouer leur double rôle phagocytique et bactéricide. Les vaisseaux périphériques se congestionnent, se dilatent ensuite et la diapédèse se fait livrant passage aux leucocytes qui envahissent les espaces aréolaires. Dans la vaccine rouge, cette activité inflammatoire périphérique fait défaut, il ne se fait point d'infiltration aréolaire, partant point de leucocytose ou phagocytose. Ces phénomènes négatifs peuvent s'expliquer par la persistance d'une immunité antérieure chez le sujet revacciné ou encore par l'appauvrissement,

c'est-à-dire la dégénérescence du vaccin employé. Celui-ci est doué alors de propriétés chimiotaxiques négatives : les leucocytes ne sont pas attirés. Les espaces aréolaires s'emplissent d'hématies ou de globules rouges. Le vieillissement de la pulpe vaccinale favorise la production de la vaccine rouge, et celle-ci reconnaît encore pour cause la disparition du micrococque jaune ou de plusieurs agents microbiens qui se rencontrent ordinairement dans le vaccin.

Pour résumer, nous dirons que la vaccine rouge n'est pas de la vaccine vraie et que, si elle confère l'immunité vis-à-vis d'elle-même, elle ne jouit d'aucune action prophylactique contre la variole. Quoiqu'il en soit, elle est d'une innocuité certaine, comme le prouvent les expériences que Goumy et Cozette ont tentées sur différents animaux, ainsi que sur l'espèce humaine et sur eux-mêmes.

La pustule rouge n'est donc qu'une anomalie bénigne et rare de la vaccine se terminant par l'insuccès.

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Syndicat des médecins de la Seine.

Assemblée générale du 25 novembre 1900.

Après un excellent discours tendant à « l'*optima medicorum concordia* » de M. Jamin, président, après le rapport non moins applaudi de M. Séailles, secrétaire général, et un rapport très rassurant de M. Philippeau, trésorier, concluant par 10.000 francs d'économies, le syndicat a élu cent vingt-cinq membres nouveaux et a nommé son conseil d'administration pour 1901. Celui-ci est ainsi composé : Président M. Jamin ; vice-présidents MM. Paul Richard et Philippeau ; secrétaire général M. Séailles ; Trésorier M. Julien Noir ; secrétaires des séances MM. Dorison et Levassort ; membres du Conseil d'administration MM. Bellencontre, Boissard, F. Boissier, Diverneresse, Max Laforgue, Malbec, Millée, Moutier, de Pradel, Rolillon, Tachard, Thiéry. On a voté ensuite l'abaissement de la cotisation annuelle à 10 francs au lieu de 15, le renouvellement partiel du conseil avec rééligibilité pour le bureau actif seulement. La séance est ensuite devenue très animée pour la discussion du rapport de M. Thiéry sur les abus de l'hospitalisation et des consultations gratuites à Paris, à propos duquel M. Darison a présenté les desiderata et amendements des médecins des bureaux de bienfaisance. Avec ceux-ci ont pris part aux débats des médecins de la ville et des médecins et chirurgiens des hôpitaux. La discussion a été particulièrement active et mouvementée bien que marquée par la plus entière et la plus heureuse cordialité. Les conclusions ont été : 1° suppression de la consultation externe des hôpitaux (les médecins et chirurgiens des hôpitaux pouvant donner à qui ils voudront des consultations *dans leurs salles respectives*). 2° admission gratuite des seuls indigents et nécessiteux dans les hôpitaux. Les voies et moyens d'arriver à ce résultat seront étudiés par une commission, toute tentative non mûrie pouvant constituer un faux pas que l'on aurait ensuite à regretter. De nombreux ordres du jour mettant ainsi la question au point ne différaient que par la forme, celui de M. Le Baron à prévalu.

REPORTAGE MÉDICAL

Nous adressons nos félicitations à M. le docteur Dauvé, de Colombey-les-deux-Eglises (Haute-Marne), membre du « Concours Médical », qui vient d'être nommé *officier d'académie*.

Election d'un délégué des syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité. — Le président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes,

Vu la loi du 1er avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels et en particulier l'article 34 ainsi conçu : « Il est institué près le ministère de l'intérieur un conseil supérieur des sociétés de secours mutuels. Ce conseil est composé de trente-six membres, savoir : ...... un représentant des syndicats médicaux élu par les délégués de ces syndicats dans les formes qui sont déterminées par un règlement d'administration publique » ;

Vu le décret du 13 juin 1899, portant règlement d'administration publique pour l'élection du représentant des syndicats médicaux au conseil supérieur des sociétés de secours mutuels ;

Vu la lettre en date du 30 novembre 1900, par laquelle M. le docteur Pouliot, représentant des syndicats médicaux au conseil supérieur des sociétés de secours mutuels, donne sa démission,

Arrête :

Art. 1er. — Les syndicats médicaux sont convoqués le dimanche 27 janvier 1901, pour élire leur représentant au conseil supérieur des sociétés de secours mutuels.

Art. 2. — Le conseiller d'Etat, secrétaire général, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 décembre 1900.

Waldeck-Rousseau.

Hôtel-Dieu. — Le Docteur Lucas-Championnière recommencera ses leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, le jeudi 20 décembre, et les continuera tous les jeudis suivants, à dix heures. Opérations avant la leçon.

Visite des malades : le mercredi, Salle Saint-Cosme (hommes, hernies) ; le samedi salle Sainte-Marthe (femmes).

Massages par le Docteur Dagron, le mardi et le vendredi.

Le Comité consultatif des assurances contre les accidents du travail a émis récemment les avis suivants :

1° L'exploitation des champignonnières, même dans les anciennes carrières, n'est pas visée par la loi de 1898.

2° Lorsqu'un accident, d'abord insignifiant, vient à prendre, après les délais prévus à l'article 11 un caractère de gravité, il y aura lieu de s'en référer à la circulaire ministérielle du 21 août 1899.

3° La colique saturnine, pas plus qu'aucune autre maladie professionnelle, n'est visée par la loi.

4° Enfin, au regard de la loi susvisée, il n'y a point lieu de retenir le caractère dangereux des travaux, du moment où il ne survient pas un accident proprement dit ;

« Qu'au surplus l'accident le plus léger survenu par le fait du travail ou à l'occasion du travail est régi par la loi de 1898, quelque agravation que subisse cet accident initial, notamment du fait de l'insalubrité ou de l'infection de l'industrie. »

Embarquement de médecins au Commerce. — Le ministre de la Marine vient de prendre une décision pour laquelle il demande la plus grande publicité. Plusieurs bâtiments transportant aux îles Saint-Pierre-et-Miquelon les marins engagés pour campa-

gne de pêche à Terre-Neuve ont dû, cette année encore, partir de France sans médecin, contrairement aux dispositions du décret du 17 décembre 1864, art. 2, et du règlement de 1896, qui rendent la présence d'un médecin obligatoire à bord de tout bâtiment pour une destination de long cours, avec un effectif d'équipage et de passagers supérieur à 100 personnes.

Les armateurs intéressés ont en effet déclaré à l'administration de la Marine que tous leurs efforts pour se procurer un docteur en médecine ou même un étudiant ayant fini sa scolarité, étaient demeurés infructueux (1).

En raison de l'intérêt de premier ordre que présente pour la santé de nos marins la stricte exécution de la disposition réglementaire susvisée, le Ministre a décidé de faciliter aux armateurs la recherche du personnel médical qui leur est nécessaire et, à cet effet de centraliser leurs demandes qui seront transmises par ses soins, à MM. les doyens des Facultés de médecine dont il s'est assuré le concours. Les demandes devront lui parvenir par l'intermédiaire de l'autorité maritime locale, six semaines au moins avant le départ des navires et spécifier, notamment, le nom et adresse de l'armateur, le nom du navire, l'objet et la durée probable des voyages, enfin, le chiffre des émoluments proposés.

Les médecins ou étudiants disposés à accepter les conditions offertes se mettront directement en rapport avec les armateurs qui, sitôt l'engagement conclu, devront en aviser le Ministre par l'entremise de l'autorité maritime locale.

Faute par les armateurs d'adresser leurs demandes en temps utile, l'autorisation d'expédier leurs navires sans médecins leur sera rigoureusement refusée.

L'alcoolisme. — Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs une circulaire sur la nécessité de développer, dans les collèges et lycées, l'enseignement antialcoolique.

Le ministre ajoute — et ce sera là, sans doute, la sanction pratique de sa circulaire — que cet enseignement anti-alcoolique aura une place officielle dans les programmes, au même titre que l'arithmétique ou la grammaire.

Ceci serait bien si, pendant ce temps, le ministre des finances ne faisait voter la loi qui consolide le privilège des bouilleurs de cru, ce fléau si connu dans nos campagnes.

Aussi, bien des professeurs se sont demandés si on ne poussait pas un peu loin la plaisanterie à leur égard.

Ils ne l'écriront pas, par esprit de discipline, mais ils le pensent, on peut nous en croire.

Vente de morphine sans ordonnance. — Nous avons déjà signalé la condamnation d'un pharmacien pour vente de morphine sans ordonnance.

A l'une des dernières séances du *Syndicat des médecins de la Seine*, M. le Dr Duchesne a demandé que les médecins du quartier mettent à l'index ce pharmacien ainsi que tous ceux qui se livrent à des pratiques semblables ou donnent des consultations. Il ajoute qu'une note relatant ce jugement vient d'être insérée au *Bulletin de l'Union* et envoyée à tous les pharmaciens de la Seine.

A une objection d'un membre du Conseil demandant si cette sorte de boycottage n'exposera pas les médecins à des poursuites de la part du pharmacien, M. Duchesne répond en citant des exemples de faits antérieurs semblables.

C'est ainsi qu'un pharmacien du Xe arrondissement, chez lequel les médecins conseillaient à leurs clients (et pour cause) de ne plus prendre leurs médicaments, poursuivit nos confrères devant le juge de paix : il fut débouté de sa demande et dut fermer son officine trois mois plus tard.

Un confrère de Saint-Mandé, membre du Syndicat, fut également poursuivi par un pharmacien de cette localité parce qu'il en détournait ses clients, en leur donnant la raison. Non seulement le confrère fut acquitté, mais le jugement ajouta que, en pareil cas, le médecin avait *le devoir* de mettre en interdit les officines incorrectes et de prémunir ses malades contre les agissements répréhensibles des pharmaciens.

La proposition de M. Duchesne, relative à la mise en interdit du pharmacien condamné, a été adoptée à l'unanimité et les délégués du Syndicat dans le Xe arrondissement seront prévenus par lettre d'avoir à en informer les confrères de cet arrondissement.

Dans une expertise médico-légale ordonnée par le tribunal civil, la partie défenderesse a-t-elle le droit d'exiger la présence, aux opérations de l'expertise, d'un médecin délégué par elle? — Cette question vient d'être soumise à la Société de médecine légale de France, dans les circonstances suivantes :

Trois médecins commis par un tribunal civil pour l'examen d'un sujet blessé dans un accident de chemin de fer, avaient refusé de pratiquer l'expertise devant un quatrième médecin délégué par la Compagnie de chemins de fer responsable. Mais l'avoué de cette Compagnie ayant fait valoir un jugement du tribunal de première instance de Brioude, à la date du 13 janvier 1899, annulant une expertise à laquelle les experts avaient refusé de laisser assister le médecin mandataire d'une Compagnie de chemins de fer défenderesse, les médecins experts consentirent, en faisant toutes réserves sur le principe, à admettre à la séance d'examen corporel du plaignant le médecin mandataire de la Compagnie.

C'est sur le point de savoir si le défendeur a, dans l'espèce, le droit d'exiger la présence d'un médecin par lui désigné que les experts demandent l'avis de la Société.

La Société de médecine légale de France a répondu que, en principe, toute partie doit pouvoir se faire représenter à une expertise par un mandataire, que rien ne s'oppose à ce que celui-ci soit un médecin et qu'il a le droit de formuler au cours de l'expertise telles déclarations qu'il jugera bon.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4577. — M. le docteur Lévêque, de Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise), membre de l'Association des médecins de Seine-et-Oise.

N° 4578. — M. le docteur Glin, de Colombes (Seine), présenté par M. le docteur Gouffier, de Neuilly-sur-Seine.

N° 4579. — M. le docteur Perrimond, de Bourgoin (Isère), secrétaire du Syndicat médical de Bourgoin.

N° 4580. — M. le Docteur Larrieu, de Montfort-l'Amaury (Seine-et-Oise), membre du Syndicat de Rambouillet.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Hobon, de Alençon (Orne), Bizien, de Douarnenez (Finistère), Joullié, de Narbonne (Aude), Hameau, de Laventie (Pas-de-Calais), Vendrand, de Villers-Cotterets (Aisne), et Giraud, de Marseille, membres du « Concours Médical ».

(1) C'est le contraire qui nous étonnerait, étant donnée la façon dont le médecin est logé, nourri, payé, et surtout traité par les autorités du bord. La menace qui termine l'article sera sans nul doute un coup d'épée dans l'eau.... de mer.

Le Directeur-Gérant : **A. CÉZILLY.**

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 51 22 DÉCEMBRE 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

La crise des Syndicats médicaux.

Au moment même où l'assemblée générale du *Sou médical* décidait de soutenir un syndicat dans sa poursuite contre un syndiqué délinquant, nous recevions trois articles qui paraissent aujourd'hui à la *Chronique professionnelle* et dans notre *Bulletin des Syndicats.*

D'autre part, nos lecteurs se souviennent sans doute du *Propos du jour* publié au n° 42, sous le titre : « *Le contrat syndical et la nécessité de son observation.* » Il nous avait été demandé par d'autres sociétés que préoccupait l'inutilité de leurs efforts.

Enfin, un certain nombre des plus militants de la première heure sont rentrés sous la tente, avec une amertume au cœur, n'ayant récolté, pour prix de leur zèle et de leurs intérêts sacrifiés, que déboires et malveillance.

Que signifient ces trois constatations d'une indiscutable exactitude ? Elles sont l'indice certain que les syndicats médicaux traversent une crise des plus graves.

Ajoutons que le Concours, après avoir tout fait pour développer cette forme de groupements, après en avoir obtenu, au prix des efforts que l'on sait, la consécration légale, se refuse à fermer les yeux sur le mal dont ils souffrent.

Et le mal se résume en ceci, que les syndicats médicaux ne veulent pas adopter franchement, nettement, le programme de lutte à outrance qui, seul, convient à des sociétés de défense ; qu'ils refusent de se donner les statuts rigoureux dont ils ont besoin, ou de les appliquer sans faiblesse quand ils ont été librement votés ; qu'ils sont tout miel avec les situations acquises (comment ?), avec les monopoles, les forfaits, et autres accaparements ; que leur premier mouvement consiste toujours à aller se jeter humblement aux pieds de toutes les collectivités spoliatrices, que les lois font surgir, devant nous et contre nous, depuis une dizaine d'années.

Si bien que les hommes soucieux de l'indépendance professionnelle, de la défense de leurs intérêts communs, de l'avenir des situations médicales, en arrivent à se demander ce qu'ils font dans ce dédale de négociations si souvent stériles !

L'arme était pourtant bonne : d'autres l'ont prouvé qui ont su, et surtout voulu, en faire usage.

Nous, nous l'avons faussée ; sachons au moins la réparer, dussions-nous la remettre au feu, en plein brasier.

Refaisons notre programme et mettons-le bien en rapport avec les difficultés de l'heure présente et de celle qui sonnera demain : donnons-nous des statuts impérieux, derrière lesquels nous marcherons coude à coude, jetant par-dessus bord les timides, les individualistes, les félons avérés, les réfractaires, qui ne méritent pas l'honneur d'être de la phalange puisqu'ils ne veulent pas faire à la cause commune le quart des sacrifices qu'ils offrent à des gens qui se moquent d'eux. Et ainsi enrôlés, librement, peu nombreux, mais sûrs enfin les uns des autres, ignorons tout ce qui ne sera pas notre mot d'ordre.

Un syndicat, c'est cela : nous n'avions pas le droit de l'oublier depuis 1893, et les événements nous ont prouvé qu'il est grand temps de nous en souvenir.

Révolution impossible, désorganisation générale des groupements réalisés, et perte des résultats acquis, diront quelques confrères !

Nous ne pouvons le croire ici, convaincus que nous sommes que les médecins, en général, sont

aussi intelligents et aussi esclaves d'un engagement confraternel que les ouvriers auxquels ils ont tenu à se faire assimiler jadis par ceux qui furent nos défenseurs devant le Parlement.

H. J.

LA SEMAINE MEDICALE

La viande crue dialysée dans la Tuberculose.

M. le Dr *Félix Battesti*, en considération, d'une part, des grands avantages de la viande crue dans le traitement de la tuberculose, et, d'autre part, des inconvénients que présente son ingestion, au point de vue du goût et de la digestibilité, a imaginé le procédé suivant pour tourner ces difficultés :

« On prend un morceau de viande bien fraîche (bœuf ou mouton), on la hache et on la passe à travers un tamis à mailles de fer fines, de façon à la débarrasser de ses aponévroses, débris tendineux, etc.

Supposons que l'on opère sur 100 grammes de *viande ainsi tamisée*. Cette quantité équivaut environ à 150 grammes de viande brute comme valeur assimilable.

On l'introduit dans un récipient quelconque, bocal ou cristallisoir en verre, et on verse pardessus 200 grammes d'eau tiède additionnée de 5 grammes d'acide chlorhydrique.

En mélangeant bien, on obtient en quelques minutes une marmelade gélatineuse ; on ajoute alors 2 grammes de pepsine au titre 100, on remue encore la préparation avec une cuiller et l'on met à l'étuve à 38°. Au bout de 5 à 6 heures, suivant que la viande est plus ou moins tendre, l'opération est terminée.

Le produit obtenu est absolument liquide, de couleur roussâtre, d'odeur agréable, de saveur acidulée et très légèrement amère. Il est prêt à être consommé de suite dans du bouillon froid ou à peine tiède.

Si le malade est hypochlorhydrique, et si la saveur acidulée, qui diminue, d'ailleurs, notablement dans le bouillon, ne lui déplaît pas, on peut donner la préparation telle qu'elle a été obtenue, sinon on y ajoute une pincée de bicarbonate de soude (2 gr. 50 environ si l'on opère sur 100 grammes) qui donne lieu à la formation de chlorure de sodium et d'acide carbonique libre. Alors le liquide perd son acidité et devient légèrement salé. Il est bon toutefois, dans ce dernier cas, et surtout dans la saison chaude, d'ajouter le bicarbonate au fur et à mesure de la consommation, afin de ne pas décomposer par avance l'acide chlorhydrique qui, par ses propriétés antiseptiques, permet la conservation du produit pendant 24 heures, même en été on en a gardé jusqu'à cinq jours, sans trace d'altération, dans la salle du laboratoire où le thermomètre marquait 27°.

Quant à la légère amertume, elle disparaît si l'on a soin de faire le mélange dans la proportion de une partie de peptone pour trois parties de bouillon :

Ainsi, sous le volume de 500 grammes environ de liquide, que l'on peut répartir en 24 heures, le malade absorbera 200 grammes de viande, pulpe et suc (ce qui équivaut à plus de 300 grammes de viande hâchée) *ayant conservé toutes les propriétés de la viande crue, absolument comme lorsque la digestion s'opère dans le tube digestif* ; l'estomac dyspeptique qui la reçoit n'a aucun travail à fournir pour la digérer ; son assimilation est rapide, sûre et totale, puisqu'il n'y a pas le moindre déchet, et comme il s'agit d'un produit liquide, son absorption par la bouche est très facile.

C'est une opération très simple, à la portée de toute ménagère. De plus, l'outillage est peu dispendieux ; il se compose : d'une petite étuve (c'est l'appareil le plus coûteux, 30 à 40 francs environ) qui peut fonctionner à l'aide d'un simple réchaud à pétrole ou à alcool, et d'un verre gradué pour mesurer la solution chlorhydrique à 25 pour 1000.

Rien n'empêche d'ajouter à la viande crue au moment de la peptoniser, l'albumine d'un œuf cru.

La suture dans les fractures de la rotule.

M. le Dr *Jaboulay* résume dans le *Lyon médical* la conduite qu'il conseille de tenir dans les différents cas de fractures de la rotule.

Il faut être sûr de son asepsie, bien étudier son terrain, ouvrir ensuite l'articulation et la débarrasser entièrement du sang épanché.

La pratique qui consiste à perforer les deux fragments rotuliens et à passer par ces trous des fils que l'on serre par devant l'os, manque de facilité et expose à laisser dans l'article un corps étranger, si les fils ne sont pas retirés en totalité et viennent à casser. De même il n'est pas toujours commode de recourir à la fixation des fragments par deux fils traversant, l'un le tendon, l'autre le ligament rotulien, puis serrés ensemble. Quant à la suture des fibres aponévrotiques déchirées au niveau de la fracture, celle des ailerons rotuliens, elle ne fait que le rapprochement et non la coaptation qui doit être le fait d'une intervention directe. Les succès qu'ont donnés ces procédés incomplets se rapportent à des cas où le simple massage aurait aussi bien réussi. Car il faut bien savoir que les fractures rotuliennes peuvent guérir par l'immobilisation, par le massage, par la suture de la rotule seule, par celle des ailerons, par celle enfin des fibres aponévrotiques qui passent devant la solution de continuité. Si la suture des seules parties fibreuses a pu contribuer à la réunion osseuse, plus souvent encore la suture des fragments osseux a causé la reprise des ailerons rotuliens. C'est la suture osseuse qui, le plus souvent pratiquée jusqu'ici, a donné la plupart des excellents résultats connus. Il n'est donc pas permis de vanter la suture fibreuse à l'exclusion de l'autre et de la préférer à la suture osseuse. S'il est indiqué d'opérer et qu'on intervienne, il faut faire une contention parfaite et complète, à la fois, des os fracturés et des parties fibreuses déchirées, sans négliger l'un des deux tissus divisés. Agir autrement, c'est priver le malade d'une chance de guérison parfaite, sans faire une opération moins sérieuse. Le cerclage de la rotule, à l'aide d'un fil rasant le contour de cet os commence à remplir l'indication dont nous parlons ; il est cependant trop rapproché de l'os pour combattre efficacement la déchirure des parties fibreuses ; c'est un procédé intermédiaire aux procédés exclusivement

osseux et à ceux qui sont exclusivement aponévrotiques. Pour réunir du même coup les fragments osseux et les déchirures des ailerons M. Jaboulay conseille de reporter ce cerclage à une certaine distance, un ou deux travers de doigt, autour de la rotule ; en nouant les deux bouts du fil en surjet ainsi faufilé et serré, non seulement on coapte les fragments de la fracture, mais aussi, on plisse et rapproche autour d'eux les parties molles déchirées. Ces dernières sont l'objet spécial d'un point ou deux de la suture en prolongeant le surjet jusqu'à leurs dernières limites ; leur importance est en effet démontrée par les faits suivants : Des cas existent d'expulsion pathologique de la rotule suivis de la récupération parfaite des mouvements, et certaines fractures de cet os avec grand écartement ont pu n'amener aucune impotence fonctionnelle. Il est vrai qu'il faut tenir compte de la présence de fibres tendineuses allant directement du quadriceps crural à la tubérosité antérieure du tibia.

L'observation clinique montre toutefois que la division ostéo-aponévrotique n'est pas tout dans la fracture de la rotule ; il est un autre élément aussi important pour le résultat éloigné ; c'est l'*arthrite* du genou par épanchement de sang. Cette hémarthrose, suivant qu'elle se résorbera sans laisser de traces, ou qu'elle sera suivie de synéchies fémoro-tibiales, influencera la mobilité ultérieure du membre et son usage, d'autant qu'elle aura occasionné dans cette dernière occurrence l'atrophie du quadriceps de la cuisse. Comme le massage est le meilleur moyen de lutter contre l'hémarthrose, on comprend quelle bonne méthode il constitue, et pourquoi d'excellentes sutures, donnant des cals osseux, peuvent ne pas fournir la perfection fonctionnelle immédiate : la guérison de la fracture exigeant une immobilisation prolongée. Aussi faut-il vite soigner l'arthrite une fois la cicatrisation osseuse et fibreuse assurée.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE

Les maladies générales et l'opération de la cataracte.

Par le D[r] A. Trousseau,
Médecin de la Clinique Nationale des Quinze-Vingts

L'état général du patient influe-t-il sensiblement sur le résultat d'une opération de cataracte ? Telle est la question, dont nul ne contestera le gros intérêt. Médecin appelé à conseiller ou à déconseiller l'intervention, chirurgien destiné à assumer une plus lourde part encore de la responsabilité, ne peuvent qu'en souhaiter la solution définitive.

Il y a quelques années, presqu'introuvable eût été l'ophthalmologiste capable d'opérer une cataracte diabétique sans appréhension. On était tenté de considérer tous les états généraux graves comme une contre-indication formelle à l'extraction de la lentille. La probité chirurgicale consistant à ne pas intervenir chez un diabétique à gros chiffres, chez un albuminurique confirmé, il avait bien fallu que d'irrémédiables désastres eussent rendu susceptible la conscience des opérateurs. Eussent-ils, sans cela, renoncé à rendre la vue, ne fût-ce que pour quelques années à des malheureux déjà déprimés par l'affection générale et pour qui la lumière eût été une nouvelle existence ? Qui n'a pas été témoin de ces faits ne peut s'imaginer combien la cécité influe sur la santé morale et physique et quel puissant tonique est le retour à la vision. J'ai constaté, après des opérations réussies de véritables résurrections chez des malades tellement affaiblis qu'à peine si j'osais offrir mon concours.

A l'époque à laquelle je fais allusion, les insuccès étaient nombreux, le rôle des germes pathogènes de la suppuration cornéenne à peine soupçonné, l'antisepsie peu connue encore ; nos devanciers croyaient pouvoir attribuer au mauvais état des sujets, les échecs qui les décourageaient. A l'heure actuelle, la révolution est faite. Les statistiques sont de plus en plus brillantes, malgré l'audace croissante des opérateurs qui choisissent des cas moins favorables. Notre tendance est de reléguer au second plan, dans l'évaluation des causes d'insuccès, les affections diathésiques et de mettre en pleine lumière le rôle de l'infection.

Malgré la sécurité que donne la désinfection, beaucoup hésitent à opérer dans des conditions générales défavorables, tellement sont enracinés certains préjugés, tellement grande est l'influence de nos ascendants scientifiques. Pourtant les protestations contre les errements du passé ont vu le jour. Plusieurs opérateurs, timidement et comme craignant de ne point être tenus pour véridiques, ont publié des résultats très encourageants obtenus chez des malades gravement atteints par ailleurs. Armaignac a réussi à rendre la vue à des individus profondément cachectiques. Leviste, dans sa thèse de 1883, a plaidé pour la cause que je défends ; il a recueilli les observations de soixante-un diabétiques opérés, sur lesquels six seulement n'ont pas bénéficié de l'intervention, soit 10 pour 100 de succès alors qu'on considère 5 pour 100 comme une moyenne satisfaisante. Ce dernier auteur a pris le bon parti en faisant parler les chiffres.

Pour mon édification personnelle, j'ai tenu le compte exact d'un certain nombre d'opérations que j'ai faites chez des diabétiques ou des malades ; je n'ai fermé ce compte, que le jour où ma conviction a été faite. Avant ces recherches précises, j'avais bien des fois été surpris par la réussite de tentatives que je ne faisais qu'à contre-cœur, mais je voulais, pour parler publiquement, apporter un grand nombre de cas bien observés.

Je possède, aujourd'hui, les observations détaillées de cent cinquante individus opérés dans des conditions générales défectueuses, prises de suite, au hasard de la pratique civile ou hospitalière. Il n'est pas sans importance de faire remarquer que la plupart des sujets appartenaient à la clientèle hospitalière. En effet, il est peu surprenant d'obtenir en ville de beaux résultats chez un diabétique soumis au régime depuis longtemps, chez un albuminurique abreuvé de lait, chez un tuberculeux soigneusement soustrait à toutes les causes nocives. Les malades de l'Hôpital, ignorant presque tous, (les diabétiques spécialement), qu'ils fussent atteints d'une maladie quelconque, se présentaient porteurs d'affections non modifiées par des soins

éclairés. Trente-cinq ont été renvoyés à un moment plus propice après avoir reçu des conseils propres à modifier leur état ; ils ont pu, par la suite, être opérés avec avantage.

Je n'ai fait figurer dans ma statistique que des cas sérieux, bien confirmés ; ainsi, je n'ai pas admis comme diabétique, un individu ne présentant dans ses urines que des traces de sucre ; je n'ai rangé parmi les alcooliques que des hommes ayant des phénomènes caractéristiques, ne me contentant pas des renseignements sur leurs habitudes. Tous les tuberculeux mentionnés avaient des signes de phtisie manifeste, mais permettant d'espérer une assez longue survie.

Voici comment se décompose cette statistique :

Diabétiques, 70 ; brightiques, 21 ; tuberculeux, 6 ; bronchitiques, emphysémateux, 11 ; artério-scléreux, cardiaques, 13 ; cancéreux, 4 ; hémiplégiques, 4 ; tabétiques, 5 ; alcooliques 13 ; maniaques, 2 ; aliéné, 1.

Un fait est à mettre en vedette : pas un des opérés n'a eu de suppuration du lambeau cornéen.

Les précautions antiseptiques ayant été rigoureusement prises, il n'y a pas eu d'infection. J'avais donc raison d'avancer plus haut qu'on pouvait reléguer au second plan l'état général considéré comme cause de suppuration de la plaie. Je serais tenté d'affirmer qu'il n'entre jamais en jeu pour produire ce méfait, s'il n'était imprudent de produire toute affirmation absolue. Admettons qu'une santé défectueuse mette le patient dans un état propice au développement des germes, qu'une plaie plus ou moins contuse offre un milieu convenable à leur pullulation, mais encore faut-il la présence effective des germes : sans elle rien de fait. Ayant pu l'éviter, je n'ai pas eu d'accident irrémédiable. Est-ce à dire que je puisse présenter une statistique merveilleuse énonçant 100 pour 100 de succès complets ? je n'ai pas cette prétention ; je ne crains pas d'avouer que quelques opérés ont eu des accidents plus ou moins sérieux, mais n'entraînant jamais, hormis chez l'un d'eux, la perte de l'organe visuel. Ces accidents ont été ceux de presque toutes les opérations de cataracte et pouvaient se produire chez les sujets les mieux portants. Ils n'étaient pas inhérents à la constitution, mais à l'opération ou au procédé opératoire ; c'étaient des hernies de l'iris, des cataractes secondaires, des iritis. Sauf chez un des malades, ils ont toujours été réparables par une opération secondaire ramenant une vision le plus souvent très satisfaisante. Ils n'ont pas été beaucoup plus nombreux ou plus graves que ceux que nous sommes habitués à prévoir chez les opérés jouissant de la santé la plus florissante. Jusqu'ici, je n'ai voulu parler que des accidents locaux ; j'ai vu six fois seulement des désordres généraux survenir après l'intervention : ils n'ont pas eu de terminaison fatale, mais m'ont causé une certaine inquiétude ; j'y reviendrai.

Isolément j'étudierai chaque classe d'opérés, appuyant seulement sur les gros traits ; je n'ai pas songé à rapporter ici mes observations détaillées, c'eût été un travail monotone et peu suggestif.

Les 70 diabétiques qui, d'après les idées admises, semblaient sujets à caution, m'ont donné une moyenne remarquable de succès. Je n'ai pas constaté chez eux de retard dans la cicatrisation de la plaie, de phénomènes inflammatoires dignes de me faire regretter mon acte chirurgical. Je n'ai pas eu à intervenir chez des diabétiques graves, c'est-à-dire chez des malades très débilités ou frappés de sérieuses complications. Cependant, j'ai opéré des individus urinant une notable quantité de sucre. 42 fois cette quantité a varié de 5 à 25 grammes, 20 fois de 25 à 50 grammes, 8 fois elle dépassait 50 grammes. Les patients étaient âgés de 45 à 76 ans. J'ai reséqué 2 fois des hernies de l'iris, dont une a pu être mise sur le compte de l'indocilité du sujet ; j'ai pratiqué par la suite 2 discisions, opérations insignifiantes ; j'ai fait 3 iridotomies consécutives à des iritis post-opératoires. Ces iritis peuvent-elles être mises sur le compte de la glycosurie ou sur celui de l'opération ? Je ne saurais me prononcer, mais j'incline à penser qu'il s'agissait d'une complication locale ; dans les trois cas des masses cristalliniennes assez abondantes s'étaient montrées dans la chambre antérieure.

Un de mes malades, vieillard de 68 ans, a été atteint, le troisième jour après l'extraction, d'une congestion pulmonaire sérieuse qui m'a fort inquiété, mais qui n'a pas eu de suite fatale. Ces congestions pulmonaires après l'opération de la cataracte ont été signalées chez les gens âgés même non diabétiques ; je pense qu'elles sont souvent provoquées par le décubitus dorsal. Ici, je n'oserais pas écarter l'influence de la diathèse, mon malade ayant été semblablement affecté trois ans avant notre rencontre. C'est un événement qu'il faut prévoir chez toutes les personnes qui ont dépassé la soixantaine ; aussi ai-je pris l'habitude de laisser mes malades au lit le moins longtemps possible et d'éviter même, tout à fait la position horizontale, lorsque je suis assuré de leur docilité.

Dans presque tous les cas (56), la chambre antérieure était reformée, c'est-à-dire la plaie suffisamment coaptée, du troisième au cinquième jour ; dans les autres, le retard dans la coaptation a été insignifiant (2 à 4 jours), sauf chez un opéré, dont la chambre antérieure ne s'est reformée que le quatorzième jour, sans autre incident ; c'était un vieillard de 74 ans, à cercle sénile développé, mais ne faisant qu'une faible quantité de sucre : 8 grammes en moyenne ; j'ai attribué ce retard très remarquable à la dégénérescence de sa cornée. Je n'ai point observé de rapport entre la marche de la cicatrisation et l'âge des malades ou la quantité de sucre contenu dans leurs urines.

La vision de ceux mêmes qui ont dû subir une opération secondaire a toujours été satisfaisante, sauf pour 2 des opérés chez qui j'ai rencontré après coup la présence d'une rétinite diabétique avancée. Je n'avais pu la soupçonner, les deux yeux étant cataractés ; l'un des malades faisait 12 grammes, l'autre 34 grammes de sucre.

En résumé, 70 opérations pratiquées chez des diabétiques ont donné une moyenne de bons résultats. Nous voilà loin du noli me tangere qu'on avait voulu inscrire sur l'œil de chaque diabétique cataracté ! On peut donc, sans crainte, opérer tous les diabétiques, à moins que leur débilité ne soit extrême. S'il s'agit d'un individu

dans une position aisée, on pourra faire précéder l'opération d'un régime très sévère, voire même d'une saison à Vichy, et n'agir que quand l'état général paraîtra satisfaisant, l'urine encourageante. Mais, s'il s'agit d'un misérable, pressé de recouvrer la vision pour gagner son pain, se trouvant dans l'impossibilité de suivre un régime approprié, on devra sans crainte intervenir. Ce dernier n'aura guère moins de chances que le premier de recouvrer la vision. Qu'on n'aille pas croire que je suis l'ennemi de toute précaution avant l'opération ; je dis seulement que, dans les cas où ces précautions ne peuvent être régulièrement prises, on peut néanmoins compter sur des succès.

La terreur inspirée par l'extraction du cristallin des diabétiques ne se trouve pas aussi intense, quand il s'agit de semblable manœuvre chez les brightiques. J'ai rarement vu rechercher l'albumine dans l'urine des patients ; c'est dire le nombre des individus qui ont dû être opérés avec une quantité notable d'albumine dans les urines et portés comme sains sur les statistiques, sans étonnement pour le succès obtenu. Pourtant je ne sache pas que l'albuminurie moins que le diabète soit affection négligeable, mais il y avait une légende au sujet du diabète, et on connaît la force des légendes. N'ayant plus à raisonner sur l'une d'elles, je ne consignerai que brièvement les résultats acquis chez les brightiques.

Un seul de mes 21 malades faisait une forte quantité d'albumine, les autres étaient dans la moyenne ; pourtant je ne puis produire des dosages aussi précis que ceux que j'ai notés pour le diabète. Les sujets étaient âgés de 48 à 69 ans. Quatre avaient eu des accidents sérieux (œdèmes, troubles cardiaques), mais ont été opérés dans une période de santé assez satisfaisante. Ici pas d'accidents sérieux ; seule une hernie de l'iris assombrit le tableau ; la chambre antérieure était reformée en moyenne du troisième au quatrième jour ; pas un cas de retard prolongé dans la cicatrisation. Un individu n'a pas tiré un bénéfice sérieux de l'opération, il n'a pu que se conduire ; il avait une rétinite hémorrhagique. Ce résultat, dira-t-on, est peu brillant ; je ne le conteste pas, mais j'affirme qu'il est encore aujourd'hui apprécié du malade ; du reste, tant que la perception lumineuse reste bonne en tous points avant l'opération, tant que l'anamnèse ne fait rien découvrir, on ne peut deviner cette complication profonde, et, par conséquent, formuler à son sujet une contre-indication opératoire. Je n'ai pas eu à déplorer un seul accident général chez les albuminuriques. Tuberculeux, bronchitiques, emphysémateux peuvent ne former qu'un faisceau. Chez eux, toutes les opérations ont été normales, sauf une fréquence inaccoutumée des hernies de l'iris que j'attribue aux efforts de toux.

J'ai rangé dans le même groupe treize artério-scléreux ou cardiaques. Rien de bien particulier à noter chez eux au point de vue local, si ce n'est une tendance aux hémorrhagies dans la chambre antérieure. Cet accident a eu lieu trois fois après iridotomie ; deux fois il a été insignifiant, la troisième il s'est reproduit deux jours de suite et a failli compromettre le résultat final ; j'ai même craint la cataracte hémorrhagique, cette terrible complication ; il n'en a rien été heureusement. J'ai dû plus tard, chez cette femme de 66 ans, à artères très dures, pratiquer une iridotomie qui ne lui a fourni qu'une vision médiocre.

Ai-je bien fait d'opérer quatre cancéreux ? Dans deux cas, je n'ai connu la diathèse qu'après l'opération. Il s'agissait de deux femmes atteintes de cancer du col utérin ; l'une est morte onze mois après sa sortie de la clinique ; la vision des deux opérées était parfaite. Je n'ai qu'à me louer d'avoir rendu la vue aux deux campagnards (il y a trois ans à huit jours d'intervalle) atteints d'épithélioma de la lèvre, puisque j'ai reçu d'eux, ces temps derniers, d'excellentes nouvelles. On peut opérer les cancéreux sans risque d'aggraver leur maladie générale, étant donné le peu de retentissement qu'a l'extraction cristallinienne. On se déterminera en tenant compte du plus ou moins grand état de faiblesse du sujet, du désir plus ou moins obsédant qu'il a de recouvrer la vue, surtout de ses chances de survie.

Des quatre très anciens hémiplégiques que j'ai opérés, j'ai gardé souvenir. Je ne m'étais décidé qu'à contre-cœur, ayant connaissance d'un fait capital, à savoir que quelques opérations de cataracte avaient été suivies de mort par hémorrhagie cérébrale, vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'extraction et que le traumatisme opératoire avait paru dans les cas cités, jouer un certain rôle dans l'ictus apoplectique. Les trois premiers sujets m'eussent enlevé toute méfiance à cause de leur facile et rapide guérison, si le dernier n'eut présenté des phénomènes assez graves pour m'alarmer. Trois jours après, il tomba dans un demi-coma et sortit de son lit un mois après, avec une vision satisfaisante, mais une hémiplégie plus prononcée, un état général plus grave. Je conserve donc toutes mes craintes, au sujet des individus ayant eu des affections cérébrales.

Je n'ai qu'à signaler les cinq tabétiques qui ont guéri comme par enchantement. Chez les ataxiques ayant une atrophie papillaire, l'intervention serait évidemment contre-indiquée. Mes malades ont tous joui d'une excellente vision, même l'un d'eux qui avait une ophthalmoplégie presque complète des deux côtés.

L'opération chez les alcooliques ne serait pas dangereuse si le choc opératoire, si léger qu'il soit, ne pouvait amener de violentes attaques de délirium trémens, comme je l'ai observé quatre fois sur treize cas. Les trois malades, dont les yeux avaient été soumis pendant les crises à des mouvements désordonnés, ont dû subir plus tard des iridotomies qui ont donné deux bons résultats et un médiocre.

Je dénomme maniaques deux hommes ayant été internés avec cette étiquette dans des établissements spéciaux ; un d'eux présenta après l'opération une véritable crise de manie ; il guérit bien.

Je n'eus connaissance de l'état de l'aliéné, que le lendemain de l'opération, alors qu'en pleine folie furieuse, il arrachait les pièces de son pansement.

Sa femme m'avoua qu'elle l'avait amené à la Clinique pour s'en débarrasser, profitant d'une lucidité momentanée. Cet homme eut une iritis purulente qui guérit en amenant une obstruc-

tion totale de la pupille, bientôt suivie d'atrophie du globe oculaire.

C'est la tache sombre de ma statistique.

Du côté des nerveux, les résultats ont été moins bons que du côté des autres malades. Je suis convaincu qu'il y a plus de danger à opérer un cérébral ou un simple alcoolique qu'un diabétique avéré.

D'une façon générale, le grand âge des patients n'influe pas sur le résultat des opérations de cataracte, même quand les individus ne sont pas indemnes d'altérations générales. Qui l'est d'une façon absolue de 80 ou 90 ans ?

Cette étude démontre qu'on n'a guère le droit de refuser à un cataracté le bénéfice de l'opération, fût-il dans un état général défectueux. Si la vision est encore possible avec l'un des yeux, on peut reculer l'opération, mais s'il y a cécité complète, on doit intervenir : les accidents infectieux, toujours évitables, étant surtout à craindre.

Je terminerai en résumant les indications de l'opération de la cataracte chez les sujets atteints de maladies générales :

Si la maladie permet d'espérer que le patient vivra plusieurs années, on pratiquera résolument l'opération ;

Si elle laisse pressentir la mort à moyenne échéance (18 mois, 2 ans), on n'opérera que sur instances répétées et après avoir acquis la conviction qu'on rendra moins pénible la fin de l'existence.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Radicalisme médical.

NI SERVICES GRATUITS, NI RÉDUCTIONS D'HONORAIRES.

Le mouvement mutualiste, sous l'impulsion des idées du jour, et des nécessités de la vie sociale actuelle, se développe aujourd'hui avec une rapidité d'autant plus grande, qu'il est appuyé par tous les partis politiques, et très activement encouragé par les circulaires des ministres et des préfets. Rien ne peut donc désormais arrêter sa prompte extension à tout le territoire français ; et nous, médecins, qui connaissons mieux que tous les autres, les misères du peuple et son besoin d'être assisté, nous ne pouvons que lui être favorable.

C'est la mise en pratique de cette grande vérité que la Belgique a prise pour devise : « L'union fait la force. »

Mais, tout en applaudissant à ce progrès, nous devons veiller à ce qu'il ne soit pas préjudiciable à nos intérêts professionnels. Or, si nous n'y prenons garde, si nous nous contentons de l'observer, sans y entrer pour nous-mêmes, nous sommes assurés d'être victimes de cette union qui tend à se faire entre les membres de chaque groupe professionnel.

Et, pour cela, il n'est pas nécessaire que les mutualités se mettent en guerre contre nous, il suffit qu'elles existent et que nous restions isolés au milieu d'elles, au lieu de former à notre tour une sérieuse mutualité médicale.

Déjà nous souffrons tous de la tendance des sociétés de secours mutuels à obtenir les soins médicaux au plus bas prix. Peut-on les en blâmer ? Non. Leurs conseils d'administration font bien de chercher à procurer à leurs membres le plus possible d'avantages au prix le plus réduit. Ils savent que l'union n'existe pas entre les médecins, ils en profitent pour les exploiter à l'aide de la concurrence.

Et ils sont d'autant plus entraînés dans cette voie, qu'une tradition fâcheuse existe, qu'il nous faut à tout prix détruire.

De tous temps, on a presqu'inconsciemment exploité le dévouement du corps médical. Il n'existe pas de professions auxquelles on ait plus demandé de services gratuits qu'aux médecins.

En vérité, pourquoi ferions-nous de la gratuité dans une société où tout se paie ?

Faisons-nous donc de la médecine uniquement par amour de l'art et sans le souci de vivre et de faire vivre les nôtres ?

Le jour où il sera bien entré dans l'esprit de tous que pas plus qu'à tout autre professionnel on ne peut demander à un médecin des services gratuits ; le jour où, tous, nous serons résolus à exiger le paiement de tout acte médical, une grande modification se produira dans les usages, et pour notre plus grand profit.

Nous n'aurons pas démérité aux yeux de nos concitoyens ; ils ne pourront nier la convenance de nos revendications, car ils ne nous exploitent pas de parti pris, mais par suite de l'habitude, et parce que nous consentons à nous laisser exploiter.

A la dernière assemblée générale du Concours médical, notre dévoué confrère, M. le Dr Lande, nous disait qu'à Bordeaux, on recevait les malades à l'hôpital au prix de 2 fr. par jour. Et combien l'administration donne-t-elle aux médecins et internes qui assurent le service de l'Hôpital ? Rien, ou à peu près.

Et le cas de Bordeaux n'est pas une exception.

Dans la plupart des Hôpitaux, les choses se passent ainsi.

Et pourquoi ? Parce qu'il n'y a pas d'union dans le corps médical, et qu'il restera ainsi exploitable à merci, je le répète, tant que l'union ne se fera pas sérieusement de manière à faire cesser l'exploitation du médecin, par toutes les administrations, à l'aide de la concurrence.

Pour en revenir aux sociétés de secours mutuels, terrain spécial vis-à-vis duquel nos intérêts sont à tous les mêmes, il nous serait cependant bien facile de nous défendre.

Au lieu de discuter quelle réduction il convient de leur faire sur nos tarifs ordinaires, nous n'avons qu'à ne pas les connaître en tant que professionnels. Des ouvriers veulent s'unir entre eux pour rendre moins lourde la charge de chacun. Bravo ! encourageons-les, inscrivons-nous parmi les membres honoraires, car leur œuvre est intelligente, et bonne. Mais n'acceptons pas de réduction sur le prix de nos visites.

A leur exemple, unissons-nous pour rendre notre charge moins lourde, par une intelligente et juste défense de nos intérêts.

1° Que toutes nos Sociétés médicales s'unissent ensemble pour créer un conseil de défense des intérêts du Corps médical, conformément au désir si souvent exprimé dans le *Concours* ;

2° Que chaque médecin, soucieux de ses propres intérêts, réfléchisse, et n'hésite plus à don-

ner loyalement son concours à l'effort général ;

3° Qu'il se fasse une loi de rejeter toute proposition de concurrence, d'où qu'elle vienne ; qu'il refuse tout service gratuit, et fasse rentrer chaque malade soigné par lui, dans l'une des catégories qui distinguent les clients en indigents, ouvriers, petits bourgeois, et gens riches.

En agissant ainsi, qui ne se rend compte que la somme des honoraires du Corps médical, une fois disparues, la gratuité des soins et la réduction des honoraires, s'élèvera d'une façon considérable, pour le plus grand profit de chacun.

Soyons donc de notre époque, nous aussi, et n'hésitons pas devant les réformes radicales qui nous assurent un lendemain meilleur.

Dr Le Menant des Chesnais.

Défaillances syndicales.

Je suis de ceux qui sont convaincus que, dans la lutte que nous avons entreprise pour améliorer la situation du corps médical et relever son prestige, l'action des Syndicats demeurera nulle ou à peu près. Je l'ai dit et répété sur tous les tons. Je veux, par l'exposé d'un fait récent, auquel j'ai été mêlé, démontrer que mes conceptions ne sont pas illusoires et que les événements justifient amplement l'opinion de ceux qui pensent comme moi. Si cet article tombe sous les yeux du président du Syndicat auquel j'appartiens, j'ose espérer qu'il en fera son profit.

Je rappellerai d'abord que dans sa réunion générale de 1900, ce Syndicat a décidé, à *l'unanimité des membres présents*, que nous ne traiterions avec les Compagnies d'Assurances contre les accidents que sur les bases du Tarif ouvrier propre à chaque arrondissement.

Fidèle à l'engagement pris en commun, j'ai répondu aux propositions qui m'ont été faites par différentes Sociétés : « que j'appliquerais » aux victimes des accidents du travail le tarif » ouvrier de mon cercle syndical, dont je don» nais les articles principaux ».

Inutile de dire que je n'ai reçu aucune acceptation formelle.

Sur ces entrefaites, j'ai dû soigner, en septembre dernier, un blessé atteint de fracture de la clavicule gauche siégeant à l'union du tiers externe et du tiers moyen de cet os ; j'ai été assez heureux pour réduire convenablement cette fracture et en obtenir une guérison satisfaisante.

J'ai réclamé pour mes honoraires au patron de cet ouvrier, qui habite à 4 kilomètres de mon domicile, 55 fr., ainsi décomptés :

2 certificats	10 fr.
3 visites à domicile	15 fr.
Réduction et contention de la fracture.	30 fr.

Le représentant de l'assurance est venu me régler hier intégralement, mais non sans me présenter des observations sur le prix élevé de mes soins. C'est ici qu'intervient le fait auquel je faisais allusion en commençant.

— « Comment, lui dis-je, trop cher ! Mais, « Monsieur, je me suis borné purement et sim« plement à appliquer le tarif ouvrier de mon « cercle syndical. Voyez plutôt vous-même.

— « Inutile, docteur. Je le connais. Mais pou« vez-vous m'expliquer pourquoi vous êtes seu« lement au nombre de cinq à maintenir ce ta« rif, alors qu'une quinzaine de vos confrères « syndiqués se contentent du nôtre.

— « Pas possible ! Et qui sont ces confrères, « s'il vous plaît. Je serais bien aise de les con« naître, si toutefois vous ne me trouvez pas in« discret.

— « Pas le moins du monde, docteur. Ce sont « les Drs X., Y., Z., etc., etc., que vous devez ren« contrer à vos réunions. »

— « Vous m'étonnez beaucoup, cher Monsieur, « et j'avoue que.....

— « Regardez. Voici une quittance de *vingt « cinq francs*, que je viens de verser à votre con« frère, le Dr W... pour les soins qu'il a don« nés à un blessé plus gravement atteint que le « vôtre et auquel il a fait beaucoup plus de vi« sites que vous. »

Quelle ne fut pas ma stupéfaction en constatant que le signataire de la quittance est un de ceux qui — *cette année même* — dans le *Concours médical* — ont écrit que le seul remède à l'insuffisance de bénéfices de la médecine qui « *ne nourrit plus ses ministres*..... » est : « *d'augmenter nos prix*..... » Je crois qu'après celle-là on peut tirer l'échelle.....

Mon interlocuteur triomphait..... « Vous ne « direz plus maintenant, continua-t-il, que nous « ne possédons pas de médecins qui trouvent « nos conditions suffisantes. Et j'espère que vous« même.....

« — A mon tour de vous interrompre. S'il y « a des docteurs en médecine qui se considèrent « suffisamment payés en recevant dix francs « pour *constater, soigner et liquider un sinistre* « (c'est la formule, n'est-ce pas ?), délivrer deux « ou trois certificats, faire plusieurs visites...., « je le regrette pour eux et je les plains. Je les « plains, comme je plains le mendiant qui va, de « porte en porte, réclamer le morceau de pain « nécessaire à sa vie.— Mais je ne les imite pas. « Pour moi, la Compagnie d'Assurances est « une entreprise de spéculation. Si elle s'occupe « de garantir les accidents du travail, c'est « qu'elle y trouve son bénéfice. Et quel bénéfice ! « Voyez le cours des actions de telle et telle so« ciété.... Je la considère comme un client ri« che, et je lui fais encore trop de concessions en « me contentant du tarif ouvrier.

« — Vous réfléchirez, docteur, et j'espère que....

« — N'espérez rien. Quand je ne verrai un bles« sé qu'une fois, je ne réclamerai que le prix « d'une visite. Si je le vois quatre, cinq, dix fois, « c'est quatre, cinq, dix visites que vous me de« vrez et que vous me paierez, vous, ou le patron, « seul responsable. Car vous, Compagnie, je ne « vous connais pas et ne veux pas vous connaître. « Au revoir, cher monsieur, et tâchez de trou« ver quelque miséreux qui sera trop heureux « d'accepter votre aumône. Du train où vont les « choses, vous en aurez dix pour un. »

Cette conversation que je transcris presque intégralement, en taisant à dessein le nom des intéressés, m'a laissé profondément rêveur..... Rêveur et.... écœuré. Ecœuré de voir que les efforts tentés resteront stériles par le mauvais vouloir, la résistance opiniâtre du plus grand nombre. Je ne puis m'expliquer à quoi servent les syndicats, et pourquoi surtout des hommes honnêtes, consciencieux, je veux le croire, en font partie, s'ils doivent agir de manière à neutrali-

ser l'action bienfaisante de ces associations. L'institution est-elle mauvaise en soi? Non, certes, puisque nous voyons chaque jour triompher les revendications ouvrières. Alors ! je ne vois qu'un moyen : préférer la qualité à la quantité. Exiger des adhérents qu'ils respectent scrupuleusement les engagements pris en commun et exclure impitoyablement tous les délinquants. Je voudrais — mais c'est encore un rêve —, je voudrais, dis-je, qu'on créât dans tous les organes de la Presse médicale, une rubrique : **le Pilori**, et que, comme dans les cercles, on affichât dans trois numéros consécutifs, le nom des médecins défaillants et le motif de l'exclusion syndicale. Sans préjudice naturellement des réparations matérielles que les Tribunaux finiront peut-être par accorder à ceux qui, soucieux avant tout de l'intérêt général et de la parole donnée, se trouvent lésés par les agissements d'un tas de pauvres hères qui se disent médecins, mais qui ne sont que les pirates de la profession médicale.

15 décembre 1900. Dr DUCHESNE.

Société Amicale des anciens médecins et pharmaciens de l'armée

Sous ce titre vient de se constituer à Cannes une nouvelle association médicale dont le but est indiqué par les articles 4, 5 et 6, des statuts que nous avons sous les yeux.

ART. 4. — Son but est :

1° De perpétuer et de resserrer les liens qui se sont formés entre les anciens médecins et pharmaciens militaires pendant leur stage à l'Ecole d'application du Val de Grâce et pendant leur séjour dans l'armée active afin d'établir entre eux une solidarité réelle, une sorte de fraternité comme celle qui doit exister entre les membres d'une même famille, étant tous en communauté d'idées et d'origine.

2° De leur faciliter les moyens de se soutenir moralement et de s'aider effectivement dans l'exercice de leur art autant pour le bien des malades que pour leur utilité personnelle.

ART. 5. — En vertu de ces principes :

1° Il est créé au Siège de la Société un *centre d'informations* pour renseigner les sociétaires, ou les médecins militaires, sur le point de quitter l'armée, sur les postes médicaux qu'ils pourraient avantageusement occuper en France ou en Algérie.

2° Il est établi, pour permettre aux anciens médecins et pharmaciens militaires le choix d'un correspondant, d'un spécialiste, d'un médecin consultant ou d'un chirurgien, un *annuaire* comprenant :

a. — Une liste générale des membres de la Société, portant en regard du nom de chacun la date de la promotion, le lieu qu'il habite et les *différentes villes où il exerce.*

b. — Une liste de ceux qui se seront spécialisés dans une branche de la science médicale et chirurgicale.

c. — Les noms de ceux qui appartiennent au corps enseignant des Ecoles ou des Facultés ou qui lui ont appartenu, et par suite pouvant être désignés comme consultants.

d. — Les noms de ceux qui exercent dans les stations climatériques, maritimes et thermales.

e. — Les noms de ceux qui dirigent des maisons de santé, des instituts hydro ou électrothérapiques, des laboratoires médicaux.

f. — Les noms de ceux qui dirigent ou possèdent des journaux professionnels.

ART. 6. — L'*annuaire* paraîtra le premier janvier de chaque année.

La cotisation est de 5 fr. par an. Tous les anciens médecins et pharmaciens militaires sont admis.

L'Assemblée générale annuelle est suivie d'un banquet.

Le Bureau est composé de :

Président : M. le Dr Du Cazal, Clermont-Ferrand.
Vice-Président : M. le Dr Burlureau, Paris.
Secrétaire-général : M. le Dr Baradat, 81, rue d'Antibes, Cannes.
Trésorier : M. le Dr Accolas, Paris-Neuilly.

S'adresser pour tous renseignements à M. le Secrétaire-général.

Il y a dans la création de cette Amicale une initiative intéressante que nous nous faisons un devoir de signaler, et elle répond aussi à un désir que nous avons entendu manifester plus d'une fois par les anciens médecins de l'armée de mer.

Le *Concours médical* souhaite la bienvenue à la nouvelle société, et il serait heureux d'étendre, grâce à elle, la propagande en faveur des œuvres de prévoyance qu'il a créées, et qui intéressent si vivement les médecins de l'armée et de la flotte.

L'accouchement à domicile et l'accouchement à l'hôpital.

Tous ceux de nos confrères qui luttent, par la parole ou par l'exemple, en faveur du développement de l'assistance maternelle et scientifique à domicile telle que l'ont préconisée ici-même MM. les Drs Pecker (de Maule), Bernardbeig (du Havre) etc... liront avec plaisir les conclusions d'un travail important que M. le Dr Kinzelbach vient de publier dans la *Revue de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance de Paris.*

Il en sera de même de ceux qui se préoccupent avec tant de raison et de sagacité du préjudice causé à nos confrères parisiens grâce à la monopolisation des accouchements par les services de l'assistance publique.

Voici ces conclusions. Elles dérivent de statistiques très complètes auxquelles il semble bien impossible de faire dire autre chose que ce que l'auteur y a vu.

« De tout ce qui précède nous conclurons que « le service des accouchements à domicile marche aussi bien que possible et avec une innocuité surprenante.

« Malgré des logements laissant toujours « beaucoup à désirer, malgré les conditions les « plus défectueuses et pour l'accouchée et pour « l'accoucheuse, infiniment peu d'accidents se « produisent.

« Que l'Administration fournisse du linge, « qu'elle fournisse aussi les quelques ustensiles « indispensables pour obtenir une bonne antisepsie, nos parturientes se trouveront alors « dans les mêmes conditions que leurs sœurs « plus favorisées. J'ajouterai qu'elle y trouvera « une très notable économie.

« Et si elle veut bien limiter la gratuité à celles « qui en ont réellement besoin, cela lui permettra en outre d'être plus large en secours pour « cette catégorie de malades. Or, ce qui profitera à la mère profitera aussi à l'enfant.

« Le Conseil municipal, adoptant les idées de « sa cinquième Commission, a manifesté à diverses reprises son désir de voir le malade soigné « le plus possible dans sa famille, réservant surtout l'hôpital pour les isolés ou les affections « graves. Ces idées vraiment humaines sont aussi

« les nôtres. Eh bien pourquoi n'en ferait-on pas « de même ici ! Les pauvres en donnent eux-mê- « mes l'exemple en voulant rester chez eux. Lais- « sons donc ces mères de familles au milieu des « leurs en augmentant, ce qui est facile et peu « coûteux, leurs moyens de prompte et sûre gué- « rison. En leur donnant ainsi la liberté nous « ferons preuve de vraie solidarité... autrement « qu'en paroles ».

CORRESPONDANCE

La loi des accidents et les honoraires du médecin d'hôpital.

Bien cher Confrère,

Il m'est agréable de vous remercier d'avoir bien voulu porter ma question devant l'assemblée générale du Concours médical, et j'ai le très grand plaisir de vous communiquer la primeur du plein succès que je viens de remporter en justice de paix.

Le juge a reconnu justes mes revendications d'honoraires et a également accepté le tarif du « Concours », que je lui avais soumis comme plus rationnel et plus équitable que celui de l'assistance chirurgicale départementale qu'il avait tout d'abord songé à m'imposer. J'ai réussi encore à faire reconnaître comme légitimes les honoraires des aides ; enfin, ma visite quotidienne est tarifée 2 francs.

Voilà, pour le moment du moins, un fort beau résultat, et je suis bien sûr que vous serez vous-même heureux de le porter à la connaissance des 4560 membres du Concours.

Sans doute, parmi les Compagnies de toute sorte (assurances, chemins de fer, etc.) que l'application de ce tarif va toucher au vif, quelqu'une portera l'affaire en cassation ; mais, en attendant, l'idée fera son chemin, le principe s'imposera progressivement, et surtout, j'espère, mes confrères des hôpitaux suivront la voie où j'ai eu la bonne fortune, après bien des efforts, de marquer une nouvelle étape, et qui m'a d'ailleurs été suggérée par la lecture *attentive* et *continue* du *Concours médical*.

Encore une fois, très cher Confrère, croyez à mes sentiments de dévouée reconnaissance,

P. Ducloux,
Chirurgien en chef de l'hôpital de Cette.

BULLETIN DES SYNDICATS
et Sociétés locales.

Assemblée plénière des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais.

4 novembre 1900

La réunion s'ouvre sous la présidence de M. Butruille, président du Syndicat médical de Roubaix.

Étaient représentés : les Syndicats d'Hazebrouck (Dr Poupart), Armentières (Dr Chocquet), Haubourdin (Drs Cottigny, Jacquey, Bigo), La Bassée (Dr Legrand), Roubaix (Drs Butruille, Nuyts), Tourcoing (Drs Fichaux, Desbonnets), Valenciennes (Drs Devémy, Boulogne), Lille (Drs Lambin, Richard-Lesay, Bécour, Legrand, Derode, Correwits, Lemière).

La correspondance comprend :

Une lettre d'excuse du Dr Villette, de Dunkerque, qui regrette l'état d'indifférence, au point de vue syndical, de nos confrères dunkerquois ;

Une lettre de M. le Dr Poiteau, président du Syndicat d'Arras, regrettant de ne pouvoir se rendre à Lille, et déclarant qu'il est d'accord, en principe, avec nous. Il est d'avis de rétablir la fédération des Syndicats, car, aujourd'hui, nous devons être unis pour être forts, car nous n'avons plus en face de nous des unités, mais bien des collectivités ;

Une lettre d'excuse de M. le Dr Quivy, de Caudry, qui nous annonce que son Syndicat est d'accord avec les décisions prises par le Syndicat de Lille, et a déjà mis ces décisions à exécution ;

Une lettre de M. le Dr Duthilleul, annonçant qu'il possède toujours 302 francs, appartenant à la fédération des Syndicats, mais il ne peut nous renseigner sur l'existence ou la non existence des statuts de cette fédération. M. le Dr Pollet, de Douai, pourrait nous renseigner sur ce point.

Première question

Unification du tarif pour les accidents du travail.

M. le Dr Lambin, président du Syndicat médical de Lille, présente les observations suivantes :

L'acceptation par tous les syndicats d'un tarif uniforme (minimun) aurait ces avantages :

1° De prouver l'unité de vues du corps médical du Nord et du Pas-de-Calais, unité de vues qui n'a jamais existé jusqu'ici, et qui fut la cause de l'abaissement des prix forfaitaires dans les différentes régions ;

2° D'opposer aux Compagnies récalcitrantes une fédération syndicale unie et fermement résolue à faire appliquer ce tarif ;

3° De montrer aux diplômés exotiques ou autres qui voudraient faire le jeu des Compagnies par le rabais, qu'ils seraient considérés comme ennemis par la corporation tout entière ;

4° De substituer à la division actuelle des sinistres, des catégories franchement divisées, tarifées par des médecins, et englobant tous les cas que nous pouvons rencontrer dans la pratique des accidents ;

5° De marcher d'accord avec la loi, puisque ce tarif doit servir de base d'évaluation à MM. les juges de paix, en cas de contestations entre médecins et Compagnies ;

6° De permettre *effectivement* à l'ouvrier, ou à son défaut au chef d'établissement, de prendre le médecin de leur choix, *le tarif étant unifié* et l'assureur n'ayant plus d'intérêt à s'adresser à tel médecin plutôt qu'à d'autres.

Situation actuelle. — A Haubourdin, on applique le tarif de la Gironde. Une seule Société avait été récalcitrante, mais dans un cas récent, elle a payé sans objection.

A La Bassée, le tarif de la Gironde est appliqué et les Sociétés l'acceptent ; il faut dire que tous les médecins sont syndiqués.

A Hazebrouck, on applique le tarif de la Participation et les Compagnies ne font aucune objection.

A Douai on a mis en vigueur un tarif spécial que nous avons publié dans notre bulletin. Comme ce tarif est de date récente, et que, de plus, c'est dans cette ville que les assureurs ont essayé de jouer leur dernière carte, en faisant venir un médecin étranger, uniquement à leur service, nos confrères sont d'avis de ne pas changer pour le moment.

A Valenciennes, il était demandé, jusqu'à ce

jour, 10 francs pour les sinistres n'entraînant pas une incapacité de plus de dix jours, mais maintenant le Syndicat a décidé de mettre en application le tarif voté par le Syndicat médical de Lille, c'est-à-dire le tarif de la Participation, avec acceptation d'un forfait de 15 francs pour les sinistres des deux premières catégories.

A Armentières, le Syndicat a décidé, hier soir, l'application du tarif de dix francs en ville et de 15 francs dans les communes suburbaines pour les sinistres des deux premières catégories et le tarif de Participation pour les accidents des autres catégories. Cette différence entre la ville et la campagne est due à ce que tous les médecins de campagne sont syndiqués alors que ceux de la ville ont à compter avec un dissident.

A Caudry, on applique le tarif voté par le Syndicat de Lille.

A Roubaix, à Tourcoing, à Cambrai et à Lille on demande encore le plus souvent dix francs pour les petits sinistres et ensuite la progression admise par le tarif de la Participation.

M. le docteur Butruille dit que, quoique personnellement il partage les idées de la majorité des membres présents et du Syndicat médical de Lille, et que, en principe, les confrères de Roubaix soient du même avis, il a cependant été décidé par le Syndicat que l'on maintiendrait le *statu quo* jusqu'à nouvel ordre, par ce que la situation est difficile dans la ville de Roubaix. Il existe un dispensaire pour les accidents du travail où un médecin, de bonne foi cependant, a été entraîné à accepter un traitement à forfait qui est une exploitation. De plus, il y a des dissidents et même des exclus du Syndicat, et alors, il est à craindre qu'ils ne fassent tout pour faire échouer les décisions prises par le Syndicat.

A Lille, le docteur Lambin, rappelle d'abord le vote émis par le Syndicat et dont voici le texte :

Extrait du procès-verbal de la séance du 29 Juin 1900.

1° Le Conseil Général (27 avril 1900), ayant adopté comme tarif de l'Assistance médicale gratuite, celui du « Concours médical », le Syndicat des Médecins de Lille et de la région déclare s'y rallier et l'accepter dans son ensemble ;

2° Ce tarif d'assistance gratuite servira de base d'évaluation pour le règlement des honoraires dus aux médecins par les Compagnies d'assurances, concernant les soins proprement dits ;

3° Le Bureau du Syndicat est chargé d'avertir les Compagnies d'assurances-accidents exerçant à Lille, que ce tarif sera mis en vigueur à partir du 1er septembre 1900 ;

4° Toutefois, comme le forfait est le mode de règlement généralement adopté, le Syndicat laisse aux Compagnies le choix entre les deux combinaisons suivantes :

Combinaison A

Tous les certificats et soins des 1re et 2e catégories à forfait.................... 15 fr.
Pour les autres sinistres les prix indiqués, plus les 15 fr. toujours acquis.

Combinaison B

Les deux certificats..................... 10 fr.
Soins — d'après le tarif de l'Assistance gratuite.
Nota. — Les certificats supplémentaires 5 fr.

A la suite de ce vote toutes les difficultés ne furent pas levées et le docteur Legrand expose que certaines objections vinrent même de la part des médecins syndiqués.

Ceux-ci, ayant une situation fixe faite par des forfaits consentis avec des établissements industriels, déclarèrent qu'ils ne pouvaient abandonner des situations qu'ils considéraient comme avantageuses. On leur fit remarquer que le Syndicat n'entendait pas leur faire perdre ces situations, mais les améliorer et que, dans le cas où ils décideraient de marcher au nouveau tarif, si les Compagnies ou les établissements n'acceptaient pas, aucun médecin syndiqué ne consentirait à prendre leur place.

Malgré cela, la question ne fut pas résolue, mais un groupe de médecins du nouveau-Lille décida de marcher quand même et il obtint un vote du Syndicat déclarant qu'aucun syndiqué n'accepterait de faire le service des établissements desservis par eux.

Dans ces conditions, ils prévinrent les Compagnies que, désormais ils demandaient à être payés d'après le tarif du Conseil général ou de la Participation conformément à la décision prise par le Syndicat.

A ce propos, le docteur Legrand, de La Bassée, demande s'il est bien nécessaire de prévenir les Compagnies par lettre et s'il ne suffit pas d'envoyer des notes d'honoraires au nouveau tarif.

On fait remarquer que la situation est différente d'après les localités et que, pour les médecins qui étaient liés avec les Compagnies, il était nécessaire de les prévenir pour dénoncer les engagements antérieurs. De plus, les Compagnies pourraient refuser en se basant sur ce fait que toujours le médecin leur a réclamé un prix inférieur, et que faute de prévenance, il est censé maintenir ses anciens prix.

On en vient à se mettre d'accord sur ce point qu'il convient de prévenir les Compagnies et autant que possible par l'envoi d'une lettre d'un modèle uniforme. On se rallie à la rédaction suivante qui a déjà été utilisée par les syndicats de Lille et de Caudry :

X..., le 27 Août 1900.

Monsieur le Directeur,

Nous avons l'honneur de vous transmettre sous ce pli, les décisions prises par le Syndicat médical de Lille et de la région, dans les séances du 29 juin du 20 juillet 1900, qui viennent d'être adoptées par le « Syndicat des Médecins de X... et des environs », dans sa séance du 9 août.

Il est établi, par nos statistiques que dans la moyenne des cas qui rentrent dans la catégorie des sinistres, que la plupart des Compagnies règlent d'après le tarif à 10 francs, le médecin voit le blessé de 4 à 5 fois. De plus, les certificats que nous délivrons, soit pour la Compagnie, soit pour le patron, sont assimilables à des rapports médico-légaux et doivent entrer en ligne de compte.

Dès lors, nous ne doutons pas que vous jugiez comme nous que les tarifs que nous vous proposons sont justes, et doivent rémunérer légitimement notre tâche de médecin et d'expert.

Nous vous prions, en outre, de remarquer que le tarif d'Assistance gratuite, consacré par un vo-

te du Conseil général, ferait taxer la note d'honoraires médicaux à un prix souvent supérieur à 15 francs (1re et 2e catégories) en dehors de tous certificats pour la Compagnie : et c'est la raison pour laquelle notre association a tenu à vous laisser le choix entre les combinaisons qui vous sont soumises.

Quant au titre et au monopole de médecin d'une Compagnie d'assurances, il est devenu lettre morte, puisque le sinistré a le droit de se faire soigner par son médecin habituel.

En conséquence, nous soussignés médecins de X..., vous prions de vouloir bien nous fixer à laquelle des deux combinaisons vous vous ralliez.

Agréez, Monsieur le Directeur, l'assurance de notre considération distinguée.

Les Médecins de X...
ou *le Syndicat de X...*

Le docteur Lambin rend alors compte des résultats acquis à la suite de cette signification aux Compagnies.

Un grand nombre de Compagnies n'ont pas répondu. Mais les Compagnies suivantes ont accepté :

Compagnie générale d'assurances ;
Union industrielle et agricole du Nord,
La Flandre,
La Providence.
Caisse syndicale des industries textiles de (Paris)
Syndicat de garantie « L'Union Parisienne des Entrepreneurs et des Industriels »

Cette dernière Compagnie a déclaré par une lettre de son Chargé de pouvoirs qu'à l'avenir elle n'aurait plus de médecins, mais elle remettrait à tous les industriels assurés la liste des médecins syndiqués dans laquelle ils peuvent choisir. Elle demande que le Syndicat tienne dans tous les cas son tarif et que les médecins s'engagent à donner leurs meilleurs soins aux blessés de la Compagnie. De plus cette Compagnie dit que tous les différends qui pourront surgir seront portés devant le président du Syndicat.

Certaines Compagnies ont au contraire fait des démarches près de leurs assurés pour que dorénavant on n'appelle plus les médecins qui ont déclaré n'accepter que le tarif du Syndicat médical de Lille, mais elles ont été mal reçues par un grand nombre d'industriels qui ont déclaré que les prétentions des médecins n'étaient pas exagérées et qu'ils exigeaient rester libres d'appeler les mêmes médecins que par le passé. De tout cela il ressort que les assurés de ces Compagnies pourraient bien les quitter à l'expiration de leur contrat et donner raison aux médecins contre les Compagnies. D'ailleurs beaucoup d'industriels manifestent le désir de cesser leurs rapports avec les Compagnies et de se constituer en syndicats de garantie ou en mutuelles, systèmes bien plus avantageux à tous points de vue.

A la suite de cette discussion, l'ordre du jour suivant est voté à l'unanimité :

« Chaque Syndicat sera libre d'appliquer le tarif d'assistance qu'il lui plaît, mais il devra faire tous ses efforts pour arriver au tarif de l'assistance médicale du Nord et de la Participation. »

DEUXIEME QUESTION

Conduite générale à tenir vis-à-vis des confrères accaparant pour eux seuls la clientèle des Compagnies d'assurance et de tous les dissidents acceptant des rabais et des forfaits.

Après une assez longue discussion, qui met en évidence que le défaut vient de ce que les Syndicats ne possèdent pas de moyens de sanction suffisants et surtout que la pénalité la plus grave, celle qui exclut un médecin du Syndicat avec refus de le rencontrer en consultation, est souvent lettre morte, on recherche les moyens pratiques de porter remède à cette situation.

On fait remarquer que, le plus souvent, les confrères exclus se moquent de cette pénalité, car ils demandent en consultation des confrères du dehors et même des professeurs de Faculté, qui, ignorant la peine portée contre le confrère, ou même, ce qui est plus grave, déclarant ne pas tenir compte des décisions du Syndicat, acceptent de se rencontrer avec eux dans une ville où ils sont répudiés par tous leurs confrères. Différentes solutions sont successivement examinées et discutées et finalement on vote l'ordre du jour suivant :

« Dans chaque Syndicat, on lira, à chaque assemblée générale, le nom des confrères exclus et de ceux qui sont démissionnaires avec le motif de l'exclusion et de la démission. Les présidents des Syndicats se communiqueront les noms des confrères contre lesquels aura été prise la mesure du refus de se rencontrer avec eux en consultation.

» Il est, en outre, souhaitable que chaque année, au renouvellement du bureau, les Syndicats demandent aux journaux locaux de publier les noms de tous les membres de ce Syndicat. »

Un certain nombre de membres pensent qu'il serait utile de faire revivre la fédération des Syndicats du Nord et du Pas-de-Calais.

Le rétablissement de la fédération est voté en principe et la question sera examinée dans chaque Syndicat, afin que, dans une prochaine réunion, on puisse définitivement se prononcer sur ce point. Une Commission provisoire, composée de MM. Butruille, Lambin et Lemière, est nommée pour étudier les moyens de faire revivre et de maintenir cette fédération.

L'Assemblée décide, dès aujourd'hui, que le *Bulletin* du Syndicat médical de Lille portera, à l'avenir, le titre de *Bulletin des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais.*

Sur la demande de plusieurs membres, il est décidé qu'à l'avenir, lors des réunions plénières qui auront lieu à Lille, on fera des démarches pour obtenir de la Compagnie du Nord une remise sur le prix du voyage.

Après quelques paroles de remerciements du président, la séance est levée.

REPORTAGE MÉDICAL

Distinctions honorifiques. — Nous adressons toutes nos félicitations à M. le docteur Levère, de Béziers (Hérault), membre du *Concours Médical,* qui vient d'être nommé *officier d'académie.*

Les prix de l'Académie. — Parmi les prix décernés par l'Académie de médecine, nous sommes heureux de relever les noms des *Membres du Concours* dont les noms suivent :

Prix Capuron. — Prix décerné à M. le Dr Duhourcau, de Cauterets.

Prix Clarens. — Mention honorable à MM. les docteurs Good, de La Mothe-Saint-Heraye et Papail, de Rennes.

Service des eaux minérales. — *Médaille d'or* à M. le Dr Morice, de Néris.

Service des épidémies. — *Rappel de Médaille d'or* à MM. les Drs Bertin, de Nantes, et Manouvriez, de Valenciennes.

Médaille de vermeil à M. le Dr André, de Toulouse.

Rappel de médaille de vermeil à M. le Dr Boquin, d'Autun.

Médaille d'argent à M. le Dr Courtade, d'Outarville.

Rappel de médailles d'argent à MM. les Drs Gorez, de Lille ; Mathieu, de Wassy et Reumaux, de Dunkerque.

Médailles de bronze à MM. les Drs Evrard, d'Epernay, et Marquery, de Neufchâtel-en-Braye.

Rappel de médailles de bronze à MM. les Drs Caron, de Dieppe et Pillet, de Niort.

Service de l'hygiène de l'enfance. — *Rappel de médaille de vermeil* à M. le Dr Delobel, de Noyon.

Médaille d'argent à M. le Dr Pecker, de Maule.

Rappel de médailles d'argent à MM. les Drs Bec, d'Avignon ; Chavanon, de la Rochelle, et Courtade, d'Outarville.

Médaille de bronze à M le Dr Rouveyrolis, d'Aniane.

Rappel de médaille de bronze à M. le Dr Gaillard, de Tours.

Service de la vaccine. — *Rappel de médaille d'or* à M. le Dr Delobel, de Noyon. *Médailles d'argent* à MM. le docteurs Aulas, de Firminy ; Bourillet, de Bèzenet ; Chané, de Fougerolles ; Ciais. de Menton, Descottes, de Bénévent-l'Abbaye ; Gouez, de Plougastel-Daoulas ; Monnier, de Nozay ; Perret, de Romans ; Pichez, de la Rochelle ; Salles, de Saint-Laurent-de-Cerdans. — *Rappel de médailles d'argent* : MM. les docteurs Bardy, de Belfort ; Blanc, d'Avignon ; Boquin, d'Autun ; Bouzol, du Cheylard ; Colin, de Quimper ; Courtade, d'Outarville ; Deschamps, de Montigny-le-Roi ; Dubousquet, de Saint-Ouen ; Hardy, de Verton ; Martin, d'Aubenas ; Pethiot, du Conquet ; Quéré, de Callac ; Sahut, de Gannat, et Yvon, de Paris. *Médaille de bronze* à M. le Dr Dietrich, de Michelet.

Rappel de médaille de bronze à M. le Dr Pellerin, de Neuilly-le-Réal.

Voyages d'études médicales aux Universités. — Le Comité de direction scientifique de la *Presse médicale* organise pour le 17 mars prochain le premier d'une série de voyages aux Universités. M. le Dr de Lavarenne expose ainsi les grandes lignes du programme.

« Pour rendre de réels services à ceux qui les entreprendront, ces voyages doivent être rapides, tout en permettant de tout voir ; ils doivent être peu coûteux, et ne pas entraîner de fatigues. Nous espérons pouvoir satisfaire ces desiderata.

En effet, la durée totale du voyage sera de huit jours, du dimanche au dimanche.

On verra successivement Lille, Liége, Bonn, Heidelberg, Strasbourg où toutes les mesures seront prises de façon à ce que la visite des établissements scolaires, des laboratoires et des hôpitaux soit faite dans tous ses détails et suivant la spécialité de chacun.

Les trajets entre Paris et ces diverses villes et retour à Paris, soit au total 1.600 kilomètres, seront effectués par trains rapides.

Trajet en chemin de fer, et séjour aux hôtels de premier ordre, menus frais, etc.., reviendront à chaque voyageur à la somme peu élevée de 260 francs.

Dès maintenant on peut se faire inscrire à *La Presse médicale*, 3, rue Racine, et nous conseillons à ceux qui désireront faire ce voyage d'études de s'inscrire sans retard, parce que nos mesures sont prises pour quarante places seulement. »

BIBLIOGRAPHIE

Notre distingué collaborateur M. le Dr Paul Petit a publié déjà, avec M. le Dr Stéphane Bonnet, un *Traité de Gynécologie* dont nos lecteurs ont pu apprécier la valeur, et qui a été récompensé par l'Académie de médecine.

Il fait paraître aujourd'hui, chez Georges Carré et Naud, 3, rue Racine, un ouvrage intitulé : *Eléments d'Anatomie gynécologique clinique et opératoire* que M. le Dr P. Sebileau nous présente en une préface d'où nous extrayons ces lignes :

« Il faut avoir étudié sur le cadavre cette anatomie pelvienne pour se rendre compte des difficultés que présente la dissection des viscères, des gaines vasculaires, des plans de clivage de la région génito-périnéale, et du grand embarras où laissent la comparaison, l'interprétation et la description des choses observées.

« C'est donc un labeur considérable qu'a accompli le Dr Paul Petit, et je ne saurais trop le louer d'avoir mené à si bonne fin une œuvre si longue et si difficile. Nous avions besoin d'un livre ou fût étudiée, d'après les monographies récentes du professeur Farabeuf et de son élève Cerf, de Pierre Delbet, de Fredet, et où fût définitivement fixée, d'après des recherches personnelles et scrupuleuses, l'anatomie de l'appareil génital de la femme. Le voici, et il est excellent. »

ADHÉSIONS A LA SOCIETE CIVILE DU « CONCOURS MÉDICAL »

N° 4581. — M. le docteur Besnier, de Bonnétable (Sarthe), présenté par M. le docteur Salomon, de Savigne-l'Evêque (Sarthe).

N° 4582. — M. le docteur Richard, de Joinville (Haute-Marne), membre de l'Association des médecins de la Haute-Marne.

N° 4583. — M. le docteur Rille, d'Anzin (Nord), membre de l'Association des médecins du Nord et du Syndicat de Valenciennes.

N° 4584. — M. le docteur Henriet, d'Orchamps-Vennes (Doubs), présenté par M. le docteur Groichard, de Besançon.

N° 4585. — M. le docteur Simonnot, d'Abbeville (Somme), membre de l'Association des médecins de la Somme.

N° 4586. — M. le docteur Dauphant, de Celles (Puy-de-Dôme), membre du Syndicat des médecins du Puy-de-Dôme.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs le décès de MM. les docteurs Ollivier, de Pont-Aven (Finistère), et Chevrier, de Gilles-sur-Vié (Vendée), membres du « Concours Médical ».

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

Vingt-deuxième année. N° 52 29 DÉCEMBRE 1900

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES ŒUVRES DE DÉFENSE ET DE PRÉVOYANCE FONDÉES PAR CETTE SOCIÉTÉ :

SYNDICATS MÉDICAUX, UNION DES SYNDICATS, SOU MEDICAL

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE, ASSOCIATION AMICALE POUR L'INDEMNITÉ DE MALADIE

Société de protection des Victimes du Devoir médical, Financière Médicale, etc.

DIRECTEUR-FONDATEUR : Dr A. CÉZILLY

SOMMAIRE

PROPOS DU JOUR

Les conférences de déontologie à la Faculté de médecine.

Vendredi dernier, 14 décembre, se sont terminées les conférences de déontologie médicale faites aux étudiants par nos anciens collaborateurs, les Drs P. Le Gendre et G. Lepage. Nous avons plaisir à rappeler que c'est au cours d'une réunion du Bureau du *Sou médical* (dont nos confrères sont les vice-présidents) qu'ils décidèrent, encouragés par les autres membres du Bureau, d'inaugurer l'enseignement public de la déontologie. Les conférences qu'ils ont faites en novembre 1899 à l'hôtel des Sociétés savantes eurent, d'emblée, un succès très marqué.

Cette année, les deux conférenciers ont obtenu de donner cet enseignement dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine ; ils y ont retrouvé un public plus nombreux encore que celui de l'année dernière et dans lequel plusieurs médecins parisiens étaient venus se mêler aux étudiants. Les uns et les autres ont paru vivement intéressés par l'exposition des différentes questions traitées et dont nous donnons le résumé suivant.

La première conférence a été consacrée à la démonstration de la nécessité des études déontologiques, à l'énumération des difficultés matérielles et morales, que le jeune médecin va rencontrer pour vivre honorablement de sa profession, à l'indication des qualités physiques, intellectuelles et morales sans la réunion desquelles, il n'y a guère de réussite possible, mais grâce auxquelles la réussite est certaine. Puis est venue l'étude des devoirs du médecin envers les malades, et la psychologie, pour ainsi dire, du malade et de son entourage ; la manière dont doivent être faites les visites, leur fréquence et leur durée ; la rédaction des ordonnances, les précautions à observer dans le langage qu'on tient au malade et à sa famille, etc. Le médecin a aussi des devoirs envers lui-même ; il doit toujours faire respecter sa dignité personnelle et ne se permettre rien qui puisse déprécier la valeur sociale de sa profession ; il doit s'interdire toutes les sortes de charlatanisme.

Le programme comprenait ensuite, pour la deuxième leçon, les devoirs de l'étudiant à l'hôpital (tenue et discrétion vis-à-vis des malades), les remplacements des médecins par les étudiants. Cessions de clientèles : leur légitimité.— Installation du jeune médecin ; ses devoirs vis-à-vis de l'Etat (dépôt du diplôme) ; ses devoirs vis-à vis des confrères (visite d'arrivée, nécessité d'une bonne entente confraternelle). — Rapports des médecins entre eux, règles qui doivent guider le médecin, appelé auprès d'un malade nouveau pour lui. Des consultations entre médecins : manière de procéder, obligations réciproques qui en résultent, honoraires du consultant et du médecin traitant.

Dans la troisième conférence, on s'est attaché à développer cette idée, que la médecine n'est ni un sacerdoce obligeant le praticien à se sacrifier, sans cesse, à l'intérêt d'autrui, sans compensation terrestre, ni un négoce dans lequel il soit permis de tirer de son diplôme tous les bénéfices pécuniaires possibles, mais une profession libérale, où les soins matériels rendus se doublent d'une action morale qui ne peut être évaluée en argent. « Il ne faut pas écouter ceux qui voudraient nous rabaisser en introduisant parmi nous des procédés commerciaux ; ce n'est pas en tant que commerçants que nous pouvons exiger le relèvement des honoraires, mais bien en faisant comprendre à la société qu'elle a

tout intérêt à assurer notre indépendance, et qu'en réduisant certains d'entre nous à vivre d'expédients illicites, elle risque de faire disparaître peu à peu de son sein, ce rouage délicat et précieux du mécanisme social, le médecin conscient de ses devoirs et en état de les remplir. » L'analyse de toutes les questions complexes relatives au secret médical a servi à mettre en lumière le côté moral élevé de notre fonction sociale.

Une conférence a été consacrée à l'analyse et au commentaire de la loi de 1892, après un historique des efforts faits par le corps médical et par le Dr Chevandier pour faire reviser la législation de Ventose. Les étudiants ont paru s'intéresser vivement à l'histoire des luttes soutenues pour la création des Syndicats médicaux, et aux péripéties du procès soutenu naguère par les médecins de Domfront.

Justice a été publiquement rendue aux efforts de M. Cézilly et du Concours médical.

Puis, ont été discutés les rapports du médecin avec les grandes et petites collectivités (la magistrature, l'Etat, les départements, les communes) au point de vue des expertises, de l'hygiène et de l'assistance ; avec les sociétés d'assurances, de secours-mutuels.

Les questions suivantes ont encore été traitées dans les autres conférences.

Rapports des médecins avec leurs confrères militaires, exercice de la médecine civile par ceux-ci. Rapports des médecins avec les dentistes, avec les spécialistes, avec les médecins des stations thermales. Voyages d'études à ces stations.

Rapports des médecins avec les pharmaciens et avec les sages-femmes. Exercice illégal de la médecine par pharmaciens et par sages-femmes. Exercice de la pharmacie par le médecin.

Honoraires médicaux : manière de les fixer ; tarif général des honoraires. Nécessité d'une certaine comptabilité médicale. Envoi régulier des notes d'honoraires. Prescription. Privilège des honoraires. Réclamation des honoraires en justice. Des honoraires illicites (dichotomie, remises par les bandagistes, etc).

Associations professionnelles : 1° Associations de prévoyance : Association des médecins de la Seine; Association des médecins de France avec ses différentes organisations.

2° Associations de droit : 1° Caisse des pensions de retraite du corps médical français; Association médicale mutuelle du département de la Seine ; Association amicale des Médecins français pour l'indemnité en cas de maladie.

3° Associations de défense professionnelle : Concours médical avec ses différentes œuvres ; Syndicats médicaux ; Union générale des Syndicats médicaux ; Sou médical.

Analyse des causes de l'encombrement médical et remèdes à y apporter ; service militaire de deux ans, obtention du diplôme rendue plus difficile par une durée plus longue des études, par la limitation du nombre des refus au même examen. Pas de création nouvelle de Facultés. Suppression des dispenses de diplômes pour la prise des inscriptions.

Ce programme, qui contient presque toutes les questions qui intéressent le médecin au point de vue professionnel, a été traité d'une manière

FEUILLETON

Congratulations annuelles.

Evohé ! — C'est l'an jeunet, l'éphémère illusion de joies neuves et d'un sort meilleur. Quelque chose comme la joliesse d'une aube printanière vient de se lever dans notre ciel grisâtre.

Puisqu'il faut toujours répéter l'histoire si ennuyeuse du petit matelot ; puisqu'il n'y a décidément pas moyen de rester stationnaire, de faire une halte prolongée, qu'à peine l'année terminée, il faut en recommencer une autre, eh bien, prenons gaiement la chose.

A quoi servirait de faire une moue de dépit et de tourner les yeux avec défiance vers l'inconnu, à face d'énigme, qui semble solliciter nos regards ?

En attendant que ce charmant domino se fasse connaître, saisissons avec empressement l'occasion qui se présente de ranimer le feu prêt à s'éteindre, d'enguirlander notre rêverie devenue plus ou moins sombre, et surtout de faire provision de courage ou de patience, avant de nous mettre en route pour ce long voyage de 365 jours, qui devrait être bien moins cahoté que celui qui l'a précédé.

Il y a un an, à pareille époque, Emile Faguet affirmait que nous pouvions accueillir sans terreur la nouvelle venue, qui allait asseoir son avril parmi nos automnes orageux et nos hivers maussades, sous ce prétexte « qu'il ne restait que l'espérance au fond de la boîte de Pandore qu'elle nous apportait, qu'on pouvait l'ouvrir sans risque, tous les maux en étant bien sortis ».

La réflexion reste d'actualité et la jeune souveraine n'aura encore qu'à prendre, sur bien des points, juste le contre-pied de l'ancienne, qu'à agir de façon tout opposée, pour avoir beaucoup de chance de faire ainsi très bien.

Il est, en effet, nécessaire qu'elle soit souriante, moins troublée et moins troublante, qu'elle contribue à l'amélioration du sort si précaire du plus grand nombre des médecins, qu'elle supprime l'état d'insécurité et de vague malaise qui pèse sur eux et soit favorable à l'esprit de fraternité, qui doit nous faire considérer comme étant tous de la même famille scientifique.

Je ne puis dire à quel point je serais heureux de voir nos confrères déçus et découragés retrouver un peu de sérénité, avoir plus d'étrennes à recevoir qu'à donner.

Inutile pour cela de leur souhaiter un gros lot ou un talisman susceptible de rendre réalisables leurs secrets désirs. Il n'est même pas nécessaire de songer à une bonne épidémie, qui accaparerait tous leurs instants. En dehors du bonheur intime que chacun peut porter en soi, il suffirait que les clients se montrent moins ingrats, moins volages, qu'ils ne nous fassent nulle peine, même légère, en s'en rapportant à notre prudence expérimentée, plutôt qu'à la quatrième page des journaux, ou aux conseillers qui pullulent dans les offices pharmaceutiques.

En attendant la réalisation de ce beau rêve, savourez sans y mêler d'amertume les agapes que quelques voisins reconnaissants ont encore l'habitude d'offrir à leur médecin, à cette époque de festivités. Vous aurez plus tard assez de loisirs pour broyer du noir, ou vous serrer le ventre, si la lutte pour l'existence reste aussi âpre que devant, si vos concurrents n'ont pas désarmé et si vos obligés profitent des dépenses faites dans l'emballement de cette période de liesse, ou simplement durant l'exposition, pour retarder le paiement de leur note d'honoraires.

Je vous souhaite plus spécialement :

D'habiter plutôt le palais des illusions que le manoir à l'envers ; de n'avoir pas les pieds nickelés, de voir votre budget mieux équilibré, de ne jamais passer sous les fourches caudines du déficit.

D'être affranchi de tout joug, de connaître l'ivresse

très judicieuse par les conférenciers. Le succès obtenu ne peut que les encourager à continuer l'année prochaine cet enseignement si utile à l'étudiant. Celui-ci apprend ainsi d'une manière précise quels sont ses devoirs et ses droits.

LA SEMAINE MEDICALE

Le thiocol contre la tuberculose.

Le thiocol ou ortho-sulfo-gaïacolate de potassium, renferme au moins 52 pour 100 de gaïacol ; c'est une poudre blanche, d'une saveur légèrement salée, mais nullement désagréable, absolument inodore, soluble dans quatre parties d'eau froide ou une partie d'eau chaude et qui, même en solution concentrée, n'exerce aucune action caustique sur les muqueuses. Les expériences faites sur les animaux par MM. Rosbach à Berne et Jacquet à Bâle ont montré que le thiocol n'est pas toxique.

Les solutions aqueuses de thiocol donnent avec le perchlorure de fer une coloration violette caractéristique qui se change en jaune blanchâtre par l'addition d'ammoniaque. Cette réaction est importante pour distinguer le thiocol d'un isomère toxique, le para-sulfo-gaïacolate de potassium. Celui ci prend, au contact du même réactif, une teinte semblable à celle du vin de Bordeaux rouge. A l'aide de cette réaction, on a cherché à étudier l'élimination du thiocol par les urines, mais jamais, chez les malades, on n'a obtenu de réaction positive. Rosbach a montré que cette réaction ne se trouve dans l'urine qu'à la suite de l'administration de doses considérables de thiocol. Cela tient à ce que le thiocol est en grande partie résorbé dans l'organisme. En effet, les expériences de Rosbach ont prouvé que plus de 70 pour 100 du thiocol ingéré est résorbé. La résorption du thiocol est donc plus favorable que celle de toutes les autres préparations créosotées ; un gramme de thiocol renfermant 0,52 de gaïacol, on comprend facilement qu'en administrant 2 à 6 grammes par jour, dont plus de 70 pour 100 est résorbé, on arrive sans difficulté à réaliser le desideratum posé par Paul Guttmann, c'est-à-dire faire circuler dans le sang plus de 1 gramme de gaïacol. Il est important d'ajouter que, d'après les expériences de Rosbach et Jacquet, le thiocol n'a aucune influence pernicieuse ni sur l'hématopoièse, ni sur le sang et n'exerce aucune action sur la pression sanguine.

Les sueurs nocturnes diminuent sous l'influence du thiocol et finissent par disparaître dans beaucoup de cas. Sous l'action de ce médicament, les tuberculeux récupèrent souvent leur appétit, ce qui détermine une amélioration de la nutrition. Mais, la suite chronologique du changement dans les autres symptômes et le réveil de l'appétit font croire que le thiocol n'améliore l'appétit et la nutrition que dans les cas où il exerce une action favorable sur le processus morbide, tandis que, dans les cas où les autres symptômes n'ont subi aucune modification favorable, l'appétit et la nutrition ne sont pas améliorés.

On emploie le thiocol aux doses de 3 à 6 grammes par jour ; rarement, on peut dépasser cette quantité.

---

de l'émancipation, de réaliser la devise *Fiat voluntas mea*, et, plus tard, en récapitulant votre vie, d'avoir le droit de répéter avec assurance, sans remords tardifs, le *veritatem dilexi* du sage.

De n'acquérir que fort tard la philosophie résignée des gens qui ont abusé de tout, ou la sobriété du gourmand qui a derrière lui un long passé d'indigestions.

Je vous souhaite de n'avoir ni couleuvres, ni ciguë à avaler (je parle au figuré) ; de ne pas trop vous enfermer au-dedans de vous-même, de résister à la misanthropie, afin que la noire tristesse ne descende pas à la fois sur votre visage et dans votre âme.

Que votre mentalité soit à l'abri des tendances destructives de Nietzche, ou pessimistes de Schopenhauer.

Puissiez-vous avoir la facilité de changer périodiquement de milieu, de façon à prendre une sorte de bain intellectuel, à ne pas sentir le moisi ou le renfermé, à secouer en quelque sorte la poussière qui peu à peu se dépose sur les idées, du fait même d'un séjour prolongé loin d'un centre d'élite et de toute lumière vivifiante.

Je désire enfin que la Valkyrie soit votre conquête, c'est-à-dire que la chimère caressée par vos aspirations devienne réalité et que le *congrès de l'humanité*, cette association d'hommes dévoués à la chose publique et qui travaillent à l'avènement d'une humanité meilleure, nous indique avec certitude les meilleures voies à suivre pour arriver au bonheur.

« Ah ! la course au bonheur, écrivait dernièrement Jules Claretie, que l'année change ou non de millésime, voilà la seule question qui, au total, intéresse l'homme. C'est l'éternel steeple-chase où les jockeys portent tous des livrées couleur d'espérance. Etre heureux, c'est le grand rêve. Il n'est facile à réaliser pour personne. Aussi bien, pour peu que l'avenir nous donne, non pas le bonheur complet, le bonheur intégral qui n'est pas de ce monde, mais des fragments, des miettes de bonheur, nous le tiendrons quitte des lettres de change que nos espoirs tirent sur lui. — Les miettes de bonheur !... Hâtons-nous de les ramasser et sachons nous en contenter. C'est la somme des petites joies, qui, totalisées, console des grandes tristesses. Le bonheur ne nous arrive qu'à dose homœopathique et cela suffit pour faire vivre ».

Après tout, la pièce commence, le rideau se lève, nous allons bien voir. Nous saurons bientôt s'il va falloir rallumer le même mauvais cigare, si les sourires de convention d'aujourd'hui auront une répercussion sur les journées qui vont suivre, si 1901 n'ajoutera pas un an à notre décrépitude générale et privée, s'il n'est pas destiné à grossir le lot déjà si rondelet des vilenies et des sottises de l'histoire contemporaine.

Encore quelques mots pour finir.

Lamennais a dit ce qui suit, en tête des *Paroles d'un croyant* :

« Vous qui portez le poids du jour, je voudrais que ce livre pût être à votre pauvre âme fatiguée ce qu'est, sur le midi, au coin d'un champ, l'ombre d'un arbre, si chétif qu'il soit, à celui qui a travaillé tout le matin, sous les ardents rayons du soleil. »

A mon tour, je voudrais que nos confrères les plus déshérités éprouvent un peu de réconfort, en songeant aux œuvres entreprises par le *Concours*, pour améliorer leur situation et abréger leur épreuve.

Qu'ils sachent bien qu'il y a un petit logis dans Paris, où on ne les oublie pas, où on ne cessera jamais de leur tendre affectueusement la main, et, puisque l'espérance adoucit tout, qu'ils aient confiance et se souviennent que les beaux jours succèdent régulièrement aux rigueurs de l'hiver !

Dr Grellety (de Vichy).

Le thiocol est bien toléré et n'occasionne presque jamais de diarrhée. Une seule fois, un malade a eu des diarrhées après l'ingestion de 8 grammes de thiocol par jour, tandis qu'un autre malade qui en a pris 10 grammes par jour pendant quinze jours n'a jamais eu de diarrhée. Jamais le thiocol n'a occasionné une diminution de l'appétit ou des malaises. On fait prendre le thiocol en comprimés de 0,50 centigrammes ou en solution aqueuse.

On a employé le thiocol aussi dans quelques cas de scrofulose et de tuberculose osseuse, dans 2 cas de pleurésies et dans 1 cas de péritonite tuberculeuse. Dans tous ces cas, non seulement il a amélioré l'état général, mais il a exercé une action remarquable sur l'affection locale. Il fait diminuer les ganglions lymphatiques, il tarit la sécrétion nasale chez les scrofuleux et aide à la résorption des épanchements. Il mérite donc toute l'attention des chirurgiens et des médecins des sanatoria marins destinés aux enfants.

BULLETIN DES SYNDICATS

et Sociétés locales.

Les candidatures au Conseil supérieur de la Mutualité.

Le Bulletin de l'Union du 5 décembre nous avait annoncé les candidatures de MM. Le Baron et Gairal, l'un ancien Président du Syndicat de la Seine, l'autre Président du Syndicat des Ardennes et Vice-Président de l'Union.

Nous avons reçu depuis la déclaration et la profession de foi suivantes :

Bordeaux, 10 décembre 1900.

Mes chers Confrères,

Conformément à l'article 34 de la loi du 1er Avril 1898 et au décret du 2 Mai 1899, portant règlement d'administration publique sur les élections au Conseil supérieur de la mutualité, les Syndicats médicaux seront convoqués le dimanche 27 janvier 1901 pour élire un représentant en remplacement de M. le Docteur Pouliot, démissionnaire.

Président du Syndicat professionnel des Médecins Bordelais depuis 1898, après en avoir été Secrétaire général depuis 1894; me trouvant, par conséquent, dans les conditions requises par l'art. 1 du décret sus-cité ;

Je viens poser ma candidature et solliciter vos suffrages.

Mutualiste fervent, persuadé que les Sociétés et les Médecins sont faits pour s'entendre et non pour se combattre, absolument convaincu, comme le disait M. Paul Deschanel, le distingué Président de la Chambre des Députés, à la grande fête mutualiste de Bordeaux, qui fut aussi une apothéose, le 21 octobre dernier, que si la mutualité ne doit pas donner la solution intégrale de la question sociale, elle doit au moins y aider dans une très large mesure ;

Persuadé, en un mot, de la nécessité de la mutualité, sous le drapeau de laquelle la loi de 1898 a placé même nos Associations ;

Connaissant d'autre part les besoins du Corps médical, entendant ses doléances pour lesquelles notre Syndicat, dans son indépendance complète, combat si activement chaque jour.

Je crois pouvoir mettre au service de la cause commune une entente déjà formée des questions à discuter, avec l'assurance d'un dévouement et d'une intelligence qui ne demanderont qu'à s'appliquer chaque jour davantage.

Dr Dumur,
Président du Syndicat professionnel des Médecins Bordelais,
Président du comité médical de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux.

D'autre part le Bureau de l'Union adresse aujourd'hui aux Présidents des Syndicats médicaux la circulaire ci-dessous :

ÉLECTION DU 27 JANVIER 1901 D'UN REPRÉSENTANT DES SYNDICATS MÉDICAUX AU CONSEIL SUPÉRIEUR DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS.

Monsieur le Président et très honoré Confrère,

Le Conseil d'administration de l'*Union des Syndicats médicaux de France*, dans sa séance du 23 décembre 1900, a désigné, à l'unanimité, comme candidat de l'Union aux élections du 27 janvier, M. le Dr Le Baron, fondateur et président d'honneur du Syndicat des médecins de la Seine, membre du Conseil d'administration, et ancien vice-président de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Est-il besoin de vous exposer les motifs qui légitiment ce choix ? Le Dr Le Baron est trop connu par tous ceux qui s'occupent d'intérêts professionnels pour que nous ayons à vous vanter son énergie, son activité, son tact et son dévouement absolu à la cause des médecins praticiens. Les qualités qu'il a si brillamment mises en œuvre dans la création, l'organisation et le développement du Syndicat des médecins de la Seine, pourront être au corps médical d'une grande utilité dans le poste délicat de représentant des Syndicats au Conseil supérieur des Sociétés de secours mutuels, car ce représentant, en effet, isolé au milieu des mutualistes, devra, pour être réellement utile, joindre à une fermeté énergique une prudente diplomatie.

M. Le Baron est déjà connu dans le monde mutualiste. Depuis de longues années, il étudie, notamment au Comité médical de la Ligue nationale de la Prévoyance et de la Mutualité, les points de contact et... de conflits des médecins et des mutualistes.

Je vous rappellerai aussi qu'il fut le premier qui, comme délégué du Syndicat des médecins de la Seine, et membre de la Ligue de la Prévoyance et de la mutualité, osa, au Congrès mutualiste de Bordeaux en 1892, proclamer les droits des médecins. Il y sut tenir tête aux violences de certains mutualistes qui, prévoyant le danger d'un réveil médical, ne demandaient rien moins que son expulsion.

Le passé de M. le Dr Le Baron parle assez haut pour justifier le choix du Conseil d'administration de l'Union. Aussi nous vous engageons, dans le seul intérêt des médecins praticiens, à le recommander chaudement aux suffrages des électeurs de votre Syndicat.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

Pour le Conseil d'administration,
Le Secrétaire général,
J. Noir.

Aux trois candidatures ci-dessus nous joignons, par renseignements de la dernière heure, celle de M. le Dr Chrétien, du Syndicat de Poitiers.

Le Directeur-Gérant : **A. CÉZILLY.**

Clermont (Oise).— Imp. DAIX frères, 3, pl. St-André.
Maison spéciale pour journaux et revues médicales.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1900

Cette table contient trois parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Bulletin des Syndicats et des Sociétés locales.

I

Partie Scientifique

A

B

C

D

E

F

G

II

Partie Professionnelle

R

S

T

V

III

Bulletin des Syndicats

et des Sociétés locales.

A

B

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères. — Maison spéciale pour journaux et revues.